مقاربة المريضة الحامل

1	**الهوية الشخصية:** • يجب أخذ الاسم والعمر والمهنة وزمرة الدم وتسجيلها بخط كبير أعلى الإضبارة
2	**الشكاية الرئيسية:** • هي الشكاية التي دفعت المريضة لزيارة الطبيب • قد تكون ألم، نزف، غثيان واقياء
3	**القصة المرضية: النزف مثلاً:** • صفات النزف: أحمر ← حديث، أسود ← قديم • كمية النزف: خفيف ← على شكل مشح، غزير ← على شكل خثرات • هل النزف مؤلم (انفكاك مشيمة باكر) أم غير مؤلم (مشيمة منزاحة)
4	**القصة الطمثية:** • أول طمث عند المريضة (تأخر الطمث الأول لعمر 16 سنة ← انقطاع طمث بدئي) • مدى انتظام الدورات (مدة الدورة الطبيعية 21-35 يوم) • تاريخ أول يوم لآخر دورة طمثية LMP (هام لتحديد عمر الحمل) • هل تترافق الدورة بألم (الألم مع الدورة بعمر متقدم ← اندومتريوز)
5	**السوابق النسائية:** • التهاب الملحقات • كيسات المبيض • الأورام الليفية

6	السوابق الولادية: السوابق الولادية: عدد الحمول وعدد الولادات وعدد الأحياء الباقين • عدد الحمول وعدد الولادات وعدد الأحياء الباقين • عدد الإجهاضات وأسبابها ← الإجهاض المتكرر يوجهنا للبحث عن أسباب محددة • سير الثلث الأول للحمل: ☐ نركز على اشتداد الأعراض الودية ← حمل متعدد او رحى عدارية ☐ نركز على النزف ← إسقاط، حمل هاجر، رحى عدارية • سير الثلث الأخير من الحمل: ☐ النزف ← انفكاك مشيمة باكر، مشيمة متزاحة، تقدم وعاء على المجيء، تمزق رحم ☐ الأمراض الداخلية: ارتفاع الضغط، السكري، الإنتانات البولية • طريقة الولادة وسير المخاض ← هل تم استخدام ملقط/محجم، الولادة قيصرية او طبيعية • هل أسباب القيصرية دائمة ← ضيق حوض او قيصرية علوية سابقة • هل أسباب القيصرية مؤقتة ← خروس متعددي، إرجاج، تألم جنيني • هل ترافقت الولادات بنزوف خلاص ← عطالة رحم، تمزق رحم، بقاء فلقة مشيمية
7	السوابق الشخصية: • أهمها الضغط والسكري والربو.
8	السوابق الجراحية: • سوابق عملية قيصرية: علوية كانت أم سفلية • سوابق استئصال ورم ليفي رحمي • سوابق عملية تصنيع رحم (ستراسمان). • سوابق استئصال كيسة مبيض أو حمل هاجر.
9	السوابق العائلية والتحسسية

1

الفحص السريري للمرأة الحامل

1

التأمل العام:

- الخطّ الأسمر والفزر الحملية ← علامات للحمل
- آثار ندب جراحية على البطن ← ترفع خطورة العقم والحمل الهاجر.
- الوذمات والدوالي بالأطراف السفلية ← علامات للحمل

2

الفحص النسائي:

- توضع المريضة بالوضعية النسائية، ونتحرى عن ندبات الفرج والتمزقات العجانية السابقة، وخراجة غدة بارتولان.
- تدخل منظار المهبل ونشاهد جدران المهبل ← تلونها بالبنفسجي علامة للحمل
- نتأمّل عنق الرحم جيداً ونأخذ لطاخة في سياق الكشف الباكر عن سرطان عنق الرحم
- أهم نقاط الفحص السريري (عند المريضة الحامل) على الإطلاق:
  - ☐ معرفة سن الحمل
  - ☐ تقدير سعة الحوض

3

يفيد المس المهبلي بكل مما يلي:

- تحديد قوام الرحم: الرحم الحامل لينة وتكون أكثر ليونة بالرحى العدارية وأكثر قساوة بالورم الليفي
- تحديد حركة الرحم: تكون الرحم خارج الحمل قاسية سهلة الحركة، ولينة صعبة الحركة بالحمل.
- تحديد وضعية الرحم: تكون الرحم الطبيعية في انقلاب وانعطاف أمامي.
- فحص الملحقات: لا تجس الملحقات الطبيعية عادةً (تجس عند تضخمها)

تشخيص الحمل

1

الأعراض والعلامات الظنية للحمل:

- انقطاع الطمث: كل سيدة متزوجة وحدث لديها انقطاع طمث ← حامل حتى يثبت العكس
- اشتداد الأعراض الودية: غثيان، إقياء، ودوار.
- تبدلات الثدي: ألم واحتقان، الهالة الثانوية، حديبات مونتغمري، ظهور اللبأ.
- الأعراض الجلدية: قناع الحمل على الوجه والخط الأسمر على البطن.
- شعور الحامل بحركات الجنين: تشعر الخروس بالأسبوع 18 والولود بالأسبوع 16.
- علامة شادويك: تلون مخاطية المهبل بالبنفسجي.

2

الأعراض والعلامات الاحتمالية للحمل:

- كبر حجم البطن
- تبدلات جسم الرحم (تقلصات براكستون هيكس)
- الشعور بالنهز الجنيني
- إيجابية اختبارات الحمل

3

الأعراض والعلامات المؤكدة للحمل:

- شعور الفاحص بحركات الجنين
- سماع الفاحص لدقات قلب الجنين:
  - ☐ بالمسمع العادي عبر جدار البطن ← يسمع بالأسابيع 16-20.
  - ☐ بالإيكو ← يسمع بالأسبوع 7-8.

تشريح الجهاز التناسلي الأنثوي

1

العجان:

- هو الحد السفلي للحوض ويرتبط بالأعلى بالعضلة [illegible] الشرج.
- الحجاب البولي التناسلي: طبقة عضلية ليفية تمتد [illegible] قوس العانة ويخترقها الإحليل والمهبل والأعصاب والشرايين الخاصة بالبظر.
- تنفتح قناة غدة بارتولان بكل جانب على الدهليز [illegible] الشفر الصغير الموافق

2

الأعضاء التناسلية الظاهرة:

- الشفران الكبيران طيتان جلديتان مشعرتان وتحوي كل منهما غدداً دهنية
- يتواجد الشفر الصغير إلى الأنسي (الداخل) من الشفر الكبير الموافق وهو طية جلدية خالية من الأشعار لكنها غنية بالجيوب الوريدية والأعصاب الحسية والغدد الدهنية
- يتوضع البظر أمام الإحليل ويتألف من الحشفة والسويقتين
- بإبعاد الشفرين الصغيرين نجد غشاء البكارة وهو غشاء [illegible] غير موعى، يحوي ثقوب تسمح بخروج دم الطمث

3

المهبل:

- قناة مخاطية عضلية طول الجدار الخلفي [illegible] 7سم
- بشرة المهبل رصفية مطبقة غير متقرنة ولا تحوي [illegible] أو أشعار.
- قد تشكل بقايا قناتي وولف ما يسمى كيسة قناة [illegible] على جانبي المهبل
- يشكل المهبل حول عنق الرحم 4 رتوج: اثنان جانبيان [illegible] أمامي ورتج خلفي

4	الرحم: • يتألف الرحم من جسم الرحم وعنق الرحم، وبينهما البرزخ الذي يفصل أيضاً بين باطن عنق الرحم الغدي وبطانة الرحم (يفصل بين الظهارتين) • طول عنق الرحم خارج الحمل 3.2 سم • يتألف عنق الرحم من ظاهر العنق (بشرة رصفية) وباطن العنق (بشرة أسطوانية) وبينهما المنطقة الانتقالية وهي أكثر منطقة ينشأ عليها سرطان عنق الرحم • جسم الرحم كمثري الشكل بطول 8 سم ووزنه خارج الحمل 70غ • أهم رباط في دعم الرحم هو الرباط العجزي الرحمي • تأتي تروية الرحم من الشريان الرحمي فرع الحرقفي الباطن، حيث يصالب الحالب قبل الوصول للرحم
5	البوقين: • قناة مخاطية عضلية طولها 10 سم، وللبوق 4 أجزاء • يعتبر المجل أشيع مكان للحمل الهاجر
6	المبيض: • المبيض الطبيعي مغطى بقشرة مجعدة ومتقبة نتيجة الإباضة المتكررة (يشبه سطح القمر) • المبيض متعدد الكيسات سطحه أملس كالبورسلان، وحجمه أكبر من الطبيعي • يتروى المبيض من الشريان المبيضي فرع الأبهر، كما تأتي تروية من الشريان الرحمي للمبيض شقوق جدار البطن: • أكثر شقوق جدار البطن استعمالاً بالجراحة النسائية هو شق فيتشتيل

فيزيولوجيا الحمل

1	يحدث الإلقاح بالثلث الوحشي للبوق (المجل)
2	تنتقل البويضة الملقحة إلى الرحم عبر حركات أهداب مخاطية البوق

3 تؤدي انقسامات البويضة الملقحة الى تكون الجسم التوتي بعد 3 ايام

4 تنتهي الفترة المضغية بنهاية الأسبوع السابع

5 تبدأ الفترة الجنينية اعتباراً من الأسبوع الثامن

6 تتحول بطانة الرحم بتأثير البروجسترون الى ساقط بطانة الرحم (الساقط الجداري والقاعدي) وساقط يحيط بالجنين (ساقط محفظي)

7 تتمايز الأرومة الغاذية إلى طبقتين خلوية ومخلوية

8 تغزو الأرومة الغاذية المخلوية الساقط مشكلة الزغابات الأولية

المشيمة

1 تأخذ المشيمة شكلاً بيضوياً بتمام الحمل

2 يبلغ قطرها 18 سم وسماكتها 2.5 سم ووزنها 500غ (الأرقام الوسطية)

3 تتألف المشيمة من 15-20 فص او فلقة ولكل فلقة شريان ووريد خاص

4 ينتقل كلاً من الغلوكوز والحموض الأمينية واللاكتات بطريقة النفاذ المسهل

5 تنتقل الفيتامينات والمعادن بالنفاذ الانتقالي

6 وظائف المشيمة:
- التغذية
- التنفس
- الإطراح
- حاجز مناعي ضد العوامل الممرضة
- إنتاج الأنزيمات والهرمونات وأهم الهرمونات المشيمية هو الـ HCG واللاكتوجين المشيمي الذي يزداد إفرازه بالأسابيع 24-28
- تكوين الدم (الخضاب الجنيني)

الحاثة المنمّية المشيمائية البشرية HCG

1	بروتين سكري يتألف من وحدتين ألفا وبيتا.
2	الوحدة ألفا مشتركة بين الهرمونات: HCG-FSH-LH-TSH.
3	الوحدة بيتا β نوعية وخاصة بالـ HCG.
4	ينتج الـ β-HCG من قبل الأرومة الغاذية المخلوية منذ حدوث التعشيش.
5	يكشف الـ β-HCG بمصل الأم بعد التعشيش بـ 8-9 أيام.
6	تتضاعف كمية الـ β-HCG بالحمل الطبيعي مرتين كل 1.5-2 يوم.
7	تنخفض تراكيز β-HCG بالحمل الهاجر والإسقاط ويرتفع كثيراً بالرحى العدارية والحمل المتعدد.
8	تصل ذروة تركيز β-HCG الطبيعية في اليوم 60-70.
9	يختفي من الدم والبول بعد الولادة الطبيعية بـ 1-2 أسبوع، وبعد الإجهاض بـ 2-8 أسابيع، وبعد تفريغ الرحى العدارية بـ 8-12 أسبوع.
10	يقوم β-HCG بدعم الجسم الأصفر الحملي لإنتاج الاستروجين والبروجستيرون حتى تطور المشيمة بالأسبوع 10.
11	يثبط الـ β-HCG مناعة الأم الحامل تجاه المشيمة والجنين

1

السائل السلوي

1	رائق اول الحمل ثم يصبح عكر بنهاية الحمل لاحتوائه على الطلاء الدهني والزغب الجنيني
2	حجمه 1 ليتر بعمر 38 اسبوع وبتمام الحمل 300-800 مل
3	يخضع السائل السلوي لدوران متكرر حيث يتم استبدال 500 مل منه كل ساعة
4	يشكل الماء 99% من عناصره
5	المصدر الرئيسي للسلى بالثلث الأول من الحمل هو رشاحة مصل الأم
6	وظائف سائل السلى خلال الحمل • يحمي الجنين من الرضوض • يحافظ على ثبات حرارة الجنين • يؤمّن وسطاً للحركة الحرة للجنين • يؤمن وسطاً للإطراح الجنيني • يمنع حدوث التصاقات بين السلى وجلد الجنين ... يقي من التشوهات الخلقية
7	وظائف سائل السلى خلال المخاض • تشكيل جيب المياه وبالتالي توسيع عنق الرحم • يمنع انضغاط الجنين المباشر خلال التقلصات • يطهر القناة التناسلية عند خروجه منها

الدوران الجنيني

1	يختلف الدوران الجنيني عن الدوران الكهلي بكل مما يلي: • وريد سري: يأتي الدم المؤكسج من الأم عبر هذا الوريد • قناة وريدية: تحمل نسبة عالية من الدم المؤكسج • ثقبة بيضية • قناة شريانية • شريانان سريان
2	يكون الدم القادم للدماغ أكثر أكسجة من الدم القادم لباقي الجسم

الحبل السري

1	يحتوي على شريانين ووريد، ضمن هلام وارتون
2	قطره 1-2 سم، وطوله 30-100 سم
3	تعود العقد الكاذبة لتعرج الأوعية ضمنه وهي غير مرضية
4	الحبل السري القصير: يسبب كل مما يلي: • اوضاع جنينية شاذة • فشل النزول • انفكاك مشيمة باكر • فشل التحويل بالأعمال الخارجية
5	الحبل السري الطويل: يسبب كل ما يلي: • التفافه حول الجنين • العقد الحقيقية • المجيء السري • انسدال السرر
6	الشذوذات الأخرى للحبل السري: • الارتكاز المظلي للحبل السري: يسبب نزف بأشهر الحمل الأخيرة لسبب تقدم الأوعية على الجنين • انفتال السرر: أهم أذياته هو الشلل الدماغي • التفاف السرر حول عنق الجنين: يسبب تباطؤات متغايرة بقلب الجنين خلال المخاض • الشريان السري المفرد (بدل 2): يشاهد عند أجنّة الأمهات السكريات

1

تبدلات جسم الأم خلال الحمل

تبدلات الأعضاء التناسلية

1	يحدث تبيغ بالفرج (علامة جاك ميير)
2	مع تبيغ بالمهبل (علامة شادويك) ليصبح لونه بنفسجياً
3	يحدث تبيغ في عنق الرحم (علامة غوديل) كما يحصل تليّن عنقي وافراز مخاطي بشكل سدادة مخاطية لسد عنق الرحم وتقذف ببداية المخاض (تدعى بالعلامة)
4	يبلغ وزن الرحم 70 غ قبل الحمل ويصبح 1100غ بنهاية الحمل
5	يتحول شكل الرحم من كمثري خارج الحمل إلى شكل بيضوي بالأسبوع 16، وتصبح كروية بالحمل التوامي
6	يصل ارتفاع قعر الرحم إلى الحافة العلوية لارتفاق العانة بالأسبوع 12.
7	يصل ارتفاع قعر الرحم إلى منتصف المسافة بين السرة والعانة بالأسبوع 16.
8	يصل ارتفاع قعر الرحم إلى مستوى السرة بالأسبوع 20-22
9	بعد الأسبوع 20 (مستوى السرة) يزداد ارتفاع القعر كل أسبوع مقدار عرض إصبع
10	تتشكل القطعة السفلية للرحم خلال الحمل ولها خصائص مميزة لها عن القطعة العلوية للرحم: • مغطاة بسفاق رخو. • الطبقة العضلية فيها رقيقة لا تحوي ألياف شبكية • ذات غشاء ساقط ناقص التطور. • ارتباطها ضعيف بالأغشية الجنينية • غير فاعلة نسبياً (لا تتقلص)

11	تملك عضلات جسم الرحم خاصية الانكماش أي تتقلص ولا تعود إلى طولها الطبيعي بل تتقاصر بشكل دائم، وللتقاصر خمسة وظائف: • توسيع عنق الرحم • قذف الجنين • انفكاك المشيمة • السيطرة على النزف من موقع المشيمة • انطمار الرحم
12	تبدأ المشيمة إفراز البروجستيرون والاستروجين بدءاً من الأسبوع السابع، وتتولى كامل المهمة اعتباراً من الأسبوع العاشر، أي أنّ: • قد يؤدي استئصال المبيض قبل الأسبوع السابع للحمل ← إسقاط • استئصال المبيض بالأسابيع 10.7 للحمل ← تهديد بالإسقاط • استئصال المبيض بعد الأسبوع العاشر ← لا يتأثر الحمل لاكتمال وظائف المشيمة الإفرازية

تبدلات الثديين

1	يزداد حجم الثديين وتصطبغ الهالتان والحلمتان ويظهر اللبأ

تبدلات الجلد

1	يظهر الخط الأسمر على البطن
2	يظهر الكلف على الوجه
3	تظهر الفزر الحملية في أسفل البطن وأعلى الفخذين وعلى الثديين
4	يحدث زيادة معممة بتوعية الأغشية المخاطية ← احتقان أنف + رعاف

1

التبدلات القلبية الوعائية

1	يزداد نتاج القلب بسبب التحويلات الشريانية الوريدية ... الدوران الرحمي المشيمي
2	يزداد النبض خلال الراحة 10-15 ضربة / د
3	نسمع نفخة انقباضية وظيفية لزيادة الجريان (غير مرضية)
4	تحدث التوسعات الوريدية (الدوالي) والبواسير نتيجة • ضغط الرحم الحامل على الأوردة الحوضية • تأثير البروجستيرون المرخي للأوعية
5	ينخفض الضغط الانقباضي وينخفض الضغط الانبساطي أكثر، فيزداد الضغط التفاضلي نتيجةً لذلك

التبدلات الدموية

1	يزداد حجم الدم اعتباراً من الأسبوع 10 ويبلغ ... له بالأسبوع 32
2	تزداد الكريات الحمر وتزداد كمية البلازما أكثر من زيادة الكريات الحمر فينقص الخضاب ويحدث فقر الدم الفيزيولوجي وفقاً لذلك
3	تبقى الكريات البيض طبيعية خلال الحمل وقد تزداد بشكل طفيف وترتفع بشكل ملحوظ خلال الولادة ثم تعود للطبيعي
4	ترتفع سرعة التثفل ESR بالحمل نتيجة فقر الدم التمددي

تبدلات الجهاز التنفسي

1	يزداد معدل التنفس نتيجة فرط التهوية المحدث بالبروجستيرون وضغط الرحم على الحجاب الحاجز
2	ينقص الحجم الباقي، ويزداد الحجم الجاري
3	تؤدي الزلة إلى نقص تركيز CO_2 ← فلا، تنفسي

تبدلات الجهاز المعدي المعوي

1	الغثيان الصباحي: يظهر ببداية الشهر الثاني، أشيع عند الخروسات
2	تبدلات الشهية أو الوحام: نتيجة ارتفاع مستويات الهرمونات بالجسم
3	حرقة الفؤاد نتيجة انفتاح المصرة المريئية السفلية
4	عسر الهضم وإمساك نتيجة بطء الحركات المعوية

تبدلات الجهاز البولي

1	يحدث تعدد بيلات
2	ينضغط الحالبان ويرتخيان ← ركودة بولية وإنتانات بولية متكررة
3	يزداد الجريان الكلوي والرشح الكبي اعتباراً من الأسبوع العاشر ويبقى مرتفعاً حتى الأسبوع 36 ثم يهبط بعد ذلك
4	تزداد تصفية الكرياتينين والبولة ← هبوط أرقام الكرياتينين والبولة بالدم
5	تهبط العتبة الكلوية لامتصاص الغلوكوز ← بيلة سكرية دون الإشارة للسكري
6	يزداد طرح البروتين إلى حد 180ملغ/يوم وارتفاعه عن ذلك ينبئ بالانسمام الحملي
7	تنخفض قيم حمض البول بالدم وارتفاعها ينبئ بالانسمام الحملي

تبدلات الجهاز العضلي الهيكلي

1	هناك زيادة بالقعس القطني مع ارتخاء أربطة المفاصل ← ألم أسفل الظهر

تبدلات الجهاز الغدي الصماوي

هناك زيادة عامة بإفراز جميع الهرمونات الصماوية	1
ترتفع التراكيز الكلية للهرمونات الدرقية وتبقى الهرمونات الحرة بنفس التركيز.	2
يزداد وزن جسم المرأة وسطياً 12 كغ خلال الحمل	3

اختبارات الحمل

تعتمد اختبارات الحمل على مبدأ التراص الدموي لكشف β HCG في بول أو مصل الأم	1
تصبح اختبارات الحمل إيجابية اعتباراً من اليوم 9-8 بعد التعشيش	2
أسباب الإيجابية الكاذبة باختبارات الحمل: • البيلة البروتينية والدموية • سل الحوض • تناول البنسيلين والفينوثيازينات • فترة ما حول الضهى (يرتفع LH) • البول مفرط القلوية • الذأب الحمامي الجهازي • الأورام المفرزة لـ HCG كالكوريوكارسينوما.	3
العناية ما قبل الولادة القصة والفحص السريري كما قرأنا ببداية النقاط	4
مناورات ليوبولد: • المناورة الأولى: لتحري قعر الرحم • المناورة الثانية: لتحري خاصرتي الرحم • المناورة الثالثة: لتحري القطب السفلي للرحم • المناورة الرابعة: لتحديد المجيء، ودرجة نزوله خلف العانة	5
أهم الاستقصاءات الروتينية عند الحوامل: • تحليل دم وزمرة وعامل الريزوس • تحليل بول لتحري البيلة الجرثومية والسكرية والبروتينية • سكر الدم: يجرى روتينياً بين الأسابيع 24-28 • التهاب الكبد B والسفلس والكلاميديا	6

التأريخ الحملي

1	مدة الحمل 280 يوم او 40 اسبوع او 10 اشهر قمرية او 9اشهر و7 ايام ميلادياً.
2	باستخدام قاعدة نيغل: • تاريخ اول يوم لآخر دورة LMP = 3/7/2022. • لتحديد موعد الولادة المتوقع نضيف عام ونطرح 3 اشهر ونضيف 7 ايام اي يصبح 10/4/2023.
3	يسمع قلب الجنين بالإيكو بالأسابيع 8-9 وبمسمع الجنين اليدوي بالأسابيع 19-20.
4	الأسباب التي تجعل حجم الرحم أكبر من المتوقع: • خطأ في الحساب (أهم سبب) • موه السلى • الرحى العدارية • الجنين العرطل • الحمل المتعدد • الأورام الليفية وكيسات المبيض • التشوهات الجنينية كموه الرأس
5	الأسباب التي تجعل حجم الرحم أصغر من المتوقع: • الخطأ بالحساب (أهم سبب) • ندرة سائل السلي • موت الجنين • تأخر النمو ضمن الرحم IUGR. • الحمل خلال فترة انقطاع الطمث أو استخدام مانعات الحمل • المجيئات المعيبة كالمجيء المعترض

1

التعليمات التي تعطى للمرأة الحامل

1	ينصح بوارد جيد من السكاكر والبروتينات مع عدم إكثار الدسم
2	لا بد من التزويد بحمض الفوليك والحديد لعدم كفايتهما
3	ينصح بالتوقف عن التدخين لأنه مرتبط بتأخر النمو داخل الرحم IUGR
4	أفضل رياضة عند الحوامل على الإطلاق هي المشي
5	يجب تجنب الأعمال المجهدة والسفر الطويل
6	الجماع مسموح إلا بحالة التهديد بالإجهاض
7	لا تعطى اللقاحات الحية المضعفة للحوامل: الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف وشلل الأطفال الفموي
8	يجب على الحامل أن تراجع الطبيب فوراً عند حدوث أياً من الأعراض التالية: • النزف المهبلي أو خروج سائل من المهبل • الوذمات المعممة • الصداع أو تشوش الرؤية • الألم البطني أو الإقياء المستمر • الحمى والقشعريرة
9	لا يجرى المس المهبلي عادةً بكل زيارة بل يجرى دورياً بأواخر الحمل
10	الزيارات الروتينية كل 4 أسابيع حتى الأسبوع 28 ثم كل أسبوعين حتى 36 ثم أسبوعياً بعد ذلك

استخدامات الأمواج فوق الصوتية بالحمل

1	كشف الحمل ضمن الرحم. أبكر وأدق وسيلة لتشخيص الحمل هي الإيكو عبر المهبل حيث تكشف كيس الحمل
2	تشخيص أسباب النزف بأشهر الحمل الأولى والأخيرة
3	الوسيلة الذهبية لتشخيص المشيمة المنزاحة
4	تشخيص عدم استمساك عنق الرحم
5	كشف الحمل المتعدد
6	قياسات أطوال الجنين (الطول القمي العجزي والقطر بين الجداريين و..)
7	كشف التشوهات الجنينية
8	كشف اضطرابات السائل السلوي زيادة أو نقصان
9	المساعدة بإنجاز التداخلات الولادية: • بزل السلى • اختبار اللاشدة • خزعة الزغابات المشيمائية • بزل الحبل السري • نقل الدم داخل الرحم

استخدامات الدوبلر بالحمل

1	التقصي عن قصور الدوران الرحمي المشيمي (كالانسمام الحملي والـ IUGR)
2	تشخيص التشوهات الجنينية

مناطرة الجنين قبل الولادة

الحركات الجنينية والتنفس الجنيني	1
بالحالة الطبيعية يمكن للأم عد 10 حركات للجنين داخل البطن خلال ساعتين	2
نقص عدد الحركات عن 10 خلال ساعتين يوجهنا لإجراء اختبار اللاشدة	3
لا يتنفس الجنين من رئتيه (بل عبر المشيمة) لكن يحدث حركات بجدار الصدر بشكل دائم ولا تزيد فترة عدم الحركة عن 45 دقيقة وإلا يوجد مشكلة	4

اختبار الشدة (التحدي بالأوكسيتوسين) CST

بعد إعطاء الأوكسيتوسين تحدث تقلصات رحمية قوية تسبب ضعف بالتبادل الدموي عبر المشيمة، يتحمل الجنين الطبيعي هذه التجربة أما إن كان هناك قصور بالدوران الرحمي المشيمي فيحدث لدى الجنين تباطؤات متأخرة	1
يعد الاختبار كافياً إذا استمرت التقلصة 40-60 ثانية وعلى الأقل 3 تقلصات خلال 10 دقائق	2
يكون الاختبار إيجابياً إذا سجلت تباطؤات متأخرة بأكثر من 50% من التقلصات	3
مضادات استطباب اختبار الشدة: • ندبة قيصرية علوية • مشيمة منزاحة • تهديد بالمخاض المبكر	4

اختبار اللاشدة NST

1	هو أشيع اختبار في مناظرة الجنين
2	هذا الاختبار يُقيّم حالة الجنين، بينما اختبار الشدة يقيّم جودة الدوران الرحمي المشيمي
3	يتسارع قلب الجنين السليم استجابةً للحركات الجنينية
4	يتم تسجيل دقات قلب الجنين لمدة 20 دقيقة (وإن لم يكن ارتكاسي تمدد 20 د أخرى)
5	يكون الاختبار ارتكاسي (أي سلبي) إذا ترافقت حركتان أو أكثر مع تسارعات بمقدار 15 ضربة/د ولمدة 15 ثانية
6	يكون الاختبار غير ارتكاسي (إيجابي) إذا حدث أقل من تسارعين خلال 40 دقيقة
7	عند كون الاختبار غير ارتكاسي ← تجرى CST أو السيماء الحيوية الفيزيائية
8	السلبية الكاذبة نادرة جداً أما الإيجابية الكاذبة مرتفعة بسبب نوم الجنين

السيماء الفيزيائية الحيوية

1	تتضمن خمسة متغيرات نقوم بقياسها (وكل متغير يأخذ 0 و 2): • حركات التنفس الجنينية • الحركات الجنينية • المقوية الجنينية • الارتكاسية الجنينية • حجم السائل السلوي
2	تجرى السيماء الفيزيائية الحيوية بالأسابيع 32-34 وقبل ذلك بحال وجود خطورة

بزل السلى

1
استطبابات بزل السلى التشخيصية بالأسابيع 16-18:
- تشخيص الشذوذات الصبغية (تثلث 21 - ...)
- تشخيص العيوب الوراثية والاستقلابية (كالاسيدوز، بيلة السيستين...)
- تشخيص عيوب الأنبوب العصبي والفتوق السرية

2
أهم استطباب لبزل السلى التشخيصي بالثلث الثاني
- معايرة البيليروبين بحالة تنافر RH داخل الرحم

3
أهم استطباب لبزل السلى التشخيصي بالثلث الثالث
- تقدير النضج الرئوي بحساب النسبة L/S أو بالتحري عن وجود الـ PG

4
استطبابات بزل السلى العلاجية:
- علاج موه السلى
- تحريض الإجهاض
- نقل الدم داخل الرحم

5
اختلاطات بزل السلى:
- الإجهاض أو المخاض الباكر.
- أذية وعاء جنيني أو وخز الجنين
- الخمج ضمن الرحم

الأدوية والحمل

1 تصنف الأدوية وفق خطورتها إلى 5 زمر من A (الأكثر سلامة) إلى B ← C ← D ← X والـ X هي الزمرة الأخطر

2 أهم مثال للأدوية زمرة A هو كلور البوتاسيوم

3 أهم مثال للأدوية زمرة B هو الأنسولين

4 أهم مثال للأدوية زمرة C هو الإيزونيازيد

5 أهم مثال للأدوية زمرة D هو الديازيبام

6 أهم مثال للأدوية زمرة X هو الإيزوتريتينوئين

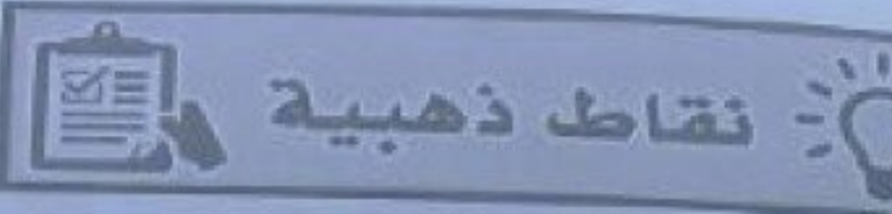
الأدوية الماسخة الرئيسية

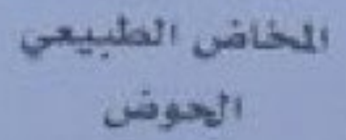
1	التتراسكلينات ← اضطراب بنمو العظام والأسنان مع تصبغها بالأصفر
2	مضادات الانقسام ← تشوهات جنينية
3	اليود المشع ← قصور درق جنيني
4	التاليدوميد ← فقمية الأطراف

الأدوية الماسخة الثانوية

1	الساليسيلات ← إغلاق القناة الشريانية والبرقان عند الوليد.
2	الأميودارون ← تثبيط درق الجنين
3	الوارفارين ← نزف عند الأم والجنين ومتلازمة الوارفارين
4	الفينيتوئين ← يثبط حمض الفولي ← عيوب الأنبوب العصبي
5	الكلورامفينيكول ← تناذر الطفل الرمادي
6	خافضات السكر الفموية ← نقص سكر الدم عند الوليد
7	حاصرات الخميرة ACE-I ← قصور كلوي عند الجنين
8	السليستيرول ← سرطانة غدية بالمهبل (عند الطفلة)
9	السلفوناميدات ← يرقان عند الوليد

◇ ◇ ◇





المخاض الطبيعي

الحوض



1. يتألف الحوض من حوض كاذب وحوض حقيقي وهو ما يهمنا توليدياً

2. يتألف الحوض الحقيقي من مضيق علوي، جوف الحوض مضيق سفلي

3. أقطار المضيق العلوي:
   - القطر الأمامي الخلفي التشريحي 11سم يصل بين منتصف الطنف ومنتصف الحافة العلوية لارتفاق العانة
   - القطر الأمامي الخلفي الولادي (المفيد) 10.5 سم، يصل بين منتصف الطنف والنقطة الأكثر بروزاً على الوجه الخلفي لارتفاق العانة
   - القطر الأمامي الخلفي المنحدر للأسفل 12.5 سم يمتد من منتصف الطنف إلى الحافة السفلية لارتفاق العانة وهو القطر الذي يمكن تحريه بالمس المهبلي

4. أقطار التقعير الحوضي:
   - متساوية عموماً وتقارب 12.5 سم

5. أقطار المضيق السفلي
   - القطر المعترض الولادي 10.5 سم وهو أصغر قطر بالحوض، ويصل بين الشوكتين الإسكيين
   - القطر الأمامي الخلفي الولادي 13 سم يمتد من الحافة السفلية لارتفاق العانة إلى ذروة العجز

6. الأقطار التي يعبرها الجنين الطبيعي:
   - معترض للمضيق العلوي ← مائل لجوف الحوض ← أمامي خلفي للمضيق السفلي

7. نقاط أخرى:
   - أشيع أنواع الحوض هو الانثوي
   - أضيق أنواع الحوض هو الذكري

رأس الجنين

1

اليافوخ الأمامي (البرغماوي):

- كبير ومعيني الشكل
- قاعه غشائي لين، وينغلق بعمر 18 شهر

2

اليافوخ الخلفي (اللامي):

- صغير ومثلثي الشكل
- قاعه عظمي قاس وينغلق عند الولادة

3

اقطار رأس الجنين:

- القطر بين الجداريين 9.5 سم هو قطر التدخل بالرأس المتغطرف
- القطر فوق الجداري تحت الجداري 9 سم وهو قطر التدخل بالرأس المتوارب
- القطر تحت القفوي البرغماوي 9.5 سم هو قطر التدخل بالمجيء القمي
- القطر تحت الذقني البرغماوي 9.5 سم هو قطر التدخل بالمجيء الوجهي
- القطر فوق القفوي الذقني 13.5 سم هو قطر التدخل بالمجيء الجبهي

تعاريف هامة

1	الوضعة attitude: علاقة أجزاء الجنين مع بعضها
2	الوضعية lie: العلاقة بين المحورين الطولانيين للأم والجنين
3	إنّ 99% من المجيئات طولانية و1% تقسم بين مائل ومعترض

المجيئات

1

المجيء الرأسي 96% من الحالات (تكشف درجة انعطاف الرأس بمناورات ليوبولد)

- المجيء القمي (النظامي): يكون الرأس بتمام الانعطاف
- المجيء الجبهي: يكون الرأس بين الانعطاف والانبساط
- المجيء الوجهي: يكون الرأس بتمام الانبساط

2

المجيء المقعدي 3.5% وهنا يتقدم الجنين بمقعدة

3

المجيء المعترض (الكتفي) 0.5%

النقاط الاستكشافية/الوضع/نوع الوضع

1	النقطة الاستكشافية بالمجيء القمي ← هي القفا.
2	النقطة الاستكشافية بالمجيء الوجهي ← هي الذقن
3	النقطة الاستكشافية بالمجيء الجبهي ← هي جذر الأنف
4	النقطة الاستكشافية بالمجيء المقعدي ← هي العجز.
5	النقطة الاستكشافية بالمجيء المعترض ← هي لوح الكتف
6	الوضع الجنيني: هو العلاقة بين النقطة الاستكشافية وأحد نصفي الحوض
7	نوع الوضع: هو العلاقة بين النقطة الاستكشافية وإحدى نهايتي كل قطر للمضيق العلوي وبناءً على ذلك فيوجد 8 أنواع للوضع
8	أشيع نوع للوضع على الإطلاق هو القمي الأمامي الأيسر

تأثير تقلصات الرحم على رأس الجنين

1	تراكب عظام القحف (ليس عظام الوجه)
2	الانضغاط الشديد يؤدي إلى وذمة مصلية منتشرة تدعى الحدبة المصلية الدموية
3	التناظر: هو تطابق الدرز السهمي للجنين على القطر المعترض للمضيق العلوي أي أنّ الدرز السهمي على مسافة متساوية بين الطنف والعانة
4	التوارب: هو انخفاض أحد العظمين الجداريين عن الآخر
5	قد يكون التوارب امامي أو خلفي والأمامي هو الأفضل

المخاض

1	هو العملية التى يحصل فيها قذف الجنين والمشيمة من الرحم عند اكتمال الأسبوع 37.
2	إمارات المخاض: • الشعور بالارتياح أو الخفة لزوال ضغط الرحم على الحجاب الحاجز. • ظهور أعراض انضغاط الأعضاء الحوضية (عضلات بيلات) • الام المخاض الكاذب

أعراض المخاض

1	الام المخاض الحقيقي
2	ظهور العلامة وهى سدادة مخاطية مدماة تخرج من عنق الرحم
3	ميزات الام المخاض الكاذب: • غير منتظمة • غير فعالة • تنقص بالرحضة الشرجية • تزول بالتركين
4	ميزات الام المخاض الحقيقى: • منتظمة • ماغصة تشنجية • فعالة تحدث اتساعاً وامحاء • تزداد بالرحضة الشرجية • لا تزول بالتركين

أدوار المخاض

الدور الأول: طور الاتساع والامحاء

1	تبلغ مدة الطور الأول عند الخروسات 12-16 ساعة وينقسم إلى طور كامن 8 ساعات وطور فعال 4-8 ساعات
2	تبلغ مدة الطور الأول عند الولودات 6-8 ساعات، الطور الكامن 4 ساعات والطور الفعال 2-4 ساعات
3	نقول عن الطور الكامن أنه متطاول إذا تجاوز 20 ساعة عند الخروسات و14 ساعة عند الولودات
4	يحدث الاتساع قبل الامحاء عند الخروسات، أما عند الولادات فيحدث الاتساع والامحاء معاً

الطور الثاني: طور الانقذاف

1	مدة الطور الثاني عند الخروس ساعة وإذا تجاوز الساعتين فنقول أنه متطاول
2	مدة الطور الثاني عند الولود نصف ساعة وإذا تجاوز الساعة نقول أنه متطاول

الطور الثالث: طور ولادة المشيمة

1	تقل عن 10 دقائق ونقول أنها متطاولة إذا تجاوزت نصف ساعة
2	في 80% من الحالات يكون انفكاك المشيمة من المركز وتخرج كالمظلة
3	في 20% من الحالات تنفك المشيمة من المحيط وتكون الحالة أكثر نزفاً

مراحل ولادة الجنين بالترتيب

1. **التدخل:** هو نزول القطر الأخفض للجنين تحت مستوى المضيق العلوي
2. **زيادة الانعطاف:** يهدف لجلب القطر تحت القفوي البرغماتي ليصبح بمواجهة الحوض
3. **الدوران الداخلي:** يدور قفا الجنين باتجاه ارتفاق العانة [illegible] باتجاه العجز.
4. **الانبساط:** يرتكز القفا على ارتفاق العانة ثم يظهر الوجه فالذقن
5. **الدوران الخارجي:** يعاود الراس الدوران بعكس اتجاه الدوران الداخلي
6. ولادة الكتف ثم باقي الجسم
7. أسباب عدم التدخل الجنينية:
   - الوضع القفوي الخلفي أشيع سبب
   - كبر رأس الجنين
   - المجيء المعيب
   - قصر الحبل السري
8. أسباب عدم التدخل الوالدية:
   - ضيق الحوض
   - كتل الحوض
   - المثانة الممتلئة أو المستقيم الممتلئ
   - البطن الخرجي

تدبير الطور الأول

1. يجب أخذ قصة سريرية مع فحص كامل ومس مهبلي
2. يكون العنق بتمام الاتساع إذا بلغ 10 سم
3. يُعبّر عن الامحاء بنسبة مئوية من 0٪ إلى 100٪
4. يكون التدخل صفر (0) إذا كانت أخفض نقطة من المجيء بمستوى الشوكين الإسكيين
5. يجب إفراغ المثانة والمستقيم مع حلاقة شعر العانة والعجان وتوضع المريضة بالوضعية الجانبية اليسرى
6. تراقب العلامات الحيوية عند الأم كل ساعة وتقيس دقات قلب الجنين كل نصف ساعة

2

تدبير الطور الثاني

1. توضع المريضة بالوضعية النسائية ونطلب منها الحزق
2. أهم خطوة بتدبير الطور الثاني هي ردف العجان وقد نضطر لخزع الفرج الواقي
3. يمسد الحبل السري بعد الولادة لإضافة 80 مل دم للجنين

تدبير الطور الثالث

1. نطلب من المريضة الحزق ونضغط على قعر الرحم للأسفل مع تطبيق شد لطيف على الحبل السري

علامات انفكاك المشيمة البطنية

1. تصبح الرحم كروية (أبكر علامة)
2. تصبح الرحم أصغر حجماً وأكثر قساوةً
3. يرتفع القعر للأعلى
4. انتباج الناحية فوق العانة

علامات انفكاك المشيمة المهبلية

1. تطاول الحبل السري خارج المهبل
2. خروج دفقة دم

تقويم حالة الجنين أثناء المخاض

مراقبة دقات قلب الجنين

1. مسمع الجنين العادي (الطريقة الأشيع)
2. الإصغاء الإلكتروني الخارجي (عبر جهاز CTG)
3. الإصغاء الإلكتروني الداخلي بوضع المسرى على فروة الجنين بعد انبثاق الأغشية وهو أكثر دقةً وأكثر خطورةً

دقات قلب الجنين

1. معدل نظم قلب الجنين الطبيعي 120-160 ضربة/د
2. تسرع قلب الجنين هو ازدياد عدد الضربات لأكثر من 160/د

3	أشيع سبب والدي لتسرع قلب الجنين هو الحمى الوالدية
4	أشيع سبب جنيني لتسرع قلب الجنين هو التألم الجنيني
5	تباطؤ قلب الجنين هو انخفاض عدد الضربات عن 120/د
6	للتباطؤات 3 أنواع مبكرة، متأخرة، متغايرة
7	يشاهد التباطؤ المبكر عند انضغاط رأس الجنين ← زيادة المقوية المبهمية، ولا يشير لتألم جنيني
8	ينجم التباطؤ المتأخر عن نقص الأكسجة والحماض الجنيني ← تألم جنيني
9	ينجم التباطؤ المتغاير عن التفاف السرر حول عنق الجنين، ويشير لتألم جنيني بحالتين: • إن كان مستمراً. • إذا كانت شديداً.

قياس التوازن الحامضي القلوي الجنيني

1	يتراوح ال PH الطبيعي لدم الجنين بين 7.25-7.35،
2	اذا كان ال PH أقل من 7.2 فهذا يشير إلى حماض جنيني ويجب الولادة الفورية
3	إذا كان ال PH أكبر من 7.2 وأقل من 7.25 فيجب أن تعاد العينة

التعقّي

1	وجود العقي في سائل السلى مؤشر على تألم جنيني

معالجة التغيرات في دقات قلب الجنين أثناء الولادة

1	تبديل وضعية الأم إلى الاضطجاع الجانبي لرفع الضغط عن السرر.
2	إيقاف تسريب الأوكسيتوسين
3	إعطاء الأوكسجين

التسكين والتركين خلال المخاض

1	يختلف التسكين التوليدي عن تسكين الجراحات الأخرى بأنه ذو مدة أطول
2	أهم المسكنات المستخدمة بالمخاض هو البيثيدين عضلي أو وريدي
3	عند الانسمام بالمورفينات فالمعاكس هو النالوكسون
4	أهم المهدئات المستخدمة بالمخاض هي البرومثازين والديازيبام
5	غاز أوكسيد الآزوتي هو الغاز الوحيد المستخدم بالتسكين التوليدي، يسكن جيداً ويغير من درجة الوعي لكن لا يحدث تخديراً حقيقياً.
6	أهم مخاطر التخدير العام أثناء المخاض • تعبر كل المخدرات العامة (العامة فقط) المشيمة وتثبط الجهاز العصبي عند الجنين • ذات الرئة الاستنشاقية (أهم سبب للموت بالتخدير)
7	أهم مخدر عام مستخدم بالتوليد هو التيوبنتال

التخدير الناحي

1	يقسم إلى تخدير شوكي وتخدير ناحي بشكل رئيسي
2	اختلاطات التخدير الشوكي: • هبوط الضغط • الإحصار الشوكي التام مع الشلل التنفسي • القلق والانزعاج • الصداع الشوكي • الاختلاجات • خلل الوظيفة المثانية • التهاب السحايا
3	مضادات استطباب التخدير الشوكي: • النزوف التوليدية • ما قبل الإرجاج • اضطرابات التخثر • الخمج الموضعي مكان إدخال الإبرة
4	اختلاطات التخدير فوق الجافية: • الإحصار الشوكي • التسكين غير الفعال (في 15٪ من الحالات) • هبوط الضغط • الاختلاجات • تطاول أمد المخاض • ارتفاع حرارة الأم
5	مضادات استطباب التخدير فوق الجافية: • هي مضادات استطباب التخدير الشوكي نفسها. • يمكن استخدام التخدير فوق الجافية عند المصابات بما قبل الإرجاج

محرضات المخاض

الأوكسيتوسين

1	استطبابات الأوكسيتوسين: • منع حدوث المزيد من النزف في حالات الإجهاض التام والناقص • لتجنب النزف وانقلاب الرحم خلال إجراء الرحمي العدارية • حث المخاض وتحريضه • التدبير الفعال للمرحلة الثالثة للمخاض • النزف بعد الولادة • المساعدة بانفكاك المشيمة بعد ولادة الطفل بالقيصرية • اختبار الشدة
2	مضادات استطباب الأوكسيتوسين: • المجيئات المعيبة • المخاض المسدود • التألم الجنيني • المشيمة المنزاحة
3	التأثيرات الجانبية للأوكسيتوسين: • تكزز الرحم • الانسمام المائي ونقص الصوديوم (لأنه يعطى بعض سوائل وريدية) • يرقان الوليد

قلوانيات الارغوت

1	استطبابات الإرغوت: • تدبير حالات الإجهاض التام • النزف بعد الولادة • خلال القيصرية • التدبير الفعال للمرحلة الثالثة من المخاض • نقص انطمار الرحم

2

مضادات استطباب الإرغوت:

- قبل ولادة الجنين
- آفات القلب المتقدمة عند الأم
- الآفات الوعائية الشديدة عند الأم
- ارتفاع التوتر الشرياني الشديد وما قبل الإرجاج
- خلل الوظيفة الكبدية والكلوية عند الأم

3

التأثيرات الجانبية للإرغوت:

- الغثيان والإقياء والصداع
- تضيق وعائي ← احتشاء قلبي أو دماغي
- فرط التوتر الشرياني

البروستاغلاندينات

1

تقوم البروستاغلاندينات بإنضاج عنق الرحم كما تباشر التقلصات الرحمية بكل مراحل الحمل

2

استطبابات البروستاغلاندينات:

- تحريض المخاض عندما يكون العنق غير ناضج
- تحريض الإجهاض
- تدبير نزف العطالة الرحمية

3

مضادات استطباب البروستاغلاندينات:

- الأمراض الرئوية أو الكبدية أو الكلوية
- المشيمة المنزاحة
- النزف المهبلي غير المفسر
- المجيئات المعيبة
- حالات عدم التناسب الحوضي الجنيني

4

التأثيرات الجانبية للبروستاغلاندينات:

- الغثيان والإقياء والإسهال
- تكزز الرحم
- التشنج القصبي

النفاس الطبيعي

1. هو الأسابيع الستة التالية للولادة والتي يعود فيها كل شيء كما كان قبل الحمل
2. هناك ارتفاع طفيف بحرارة الجسم أول 24 ساعة من الولادة
3. تبلغ خسارة الدم الطبيعية 500 مل في الولادة الطبيعية و1000 مل في القيصرية
4. هناك ميل لحدوث الإمساك بسبب التجفاف و[illegible] ووهن عضلات الحوض
5. يكثر التبول بالأيام الأولى للنفاس لإفراغ الماء المختزن [illegible] خلال الحمل
6. أهم اختلاط بولي للمخاض العسير هو سلس البول الجهدي
7. يفرز اللبأ من الثديين خلال أول 3 أيام للولادة وهو غني [illegible] والخلايا اللمفاوية
8. هناك خسارة بالوزن نتيجة إفراغ الرحم محتوياته والتعرق الزائد
9. أهم الاضطرابات النفسية بعد الوضع هو اكتئاب ما حول الولادة
10. يعود الطمث بعد 6-8 أسابيع
11. يكون قعر الرحم بعد الولادة عند مستوى السرة وبعد أسبوع يصبح بمنتصف المسافة بين السرة والعانة
12. بعد أسبوعين تصبح الرحم حوضية وبعد 4 أسابيع تعود كما كانت قبل الحمل
13. يستعيد عنق الرحم مقويته خلال أيام ونهاية الأسبوع الأول يعود كما كان قبل الحمل
14. تسمى الضائعات المهبلية خلال فترة النفاس بالهلابة lochia
15. تكون الهلابة حمراء بالأسبوع الأول وتحوي على دم و[illegible]
16. تصبح الهلابة مصلية بالأسبوع الثاني وتحوي كريات بيض
17. تصبح الهلابة أخيراً بيضاء بالأسبوع الثالث وتحوي كريات بيض مع مخاط



نقاط ذهبية

الاضطرابات الصغرى خلال الحمل

1	أهم سبب لحرقة الفؤاد هو ارتخاء المعصرة السفلية للمري، بسبب البروجستيرون
2	يكون الإمساك عند المرأة الحامل نتيجة نقص الحركات الحوية للأمعاء
3	تكون البواسير عند الحامل ناتجة عن ارتفاع الضغط الوريدي بأسفل الجسم وضغط الرحم الحامل على الأوردة، وهي قابلة للتراجع بعد الولادة دون أن تختفي كلياً
4	أهم سبب لعسر الهضم عند الحامل هو نقص حمض كلور الماء الهاضم بالمعدة
5	يشاهد السلس البولي الجهدي عند نصف السيدات الحوامل بالعالم
6	أهم سبب لألم الظهر عند السيدة الحامل هو ارتخاء أربطة المفصل العجزي الحرقفي في كلا الجانبين
7	يكون ألم المغبن الحاد عند الحامل ناتجاً عن تشنج (وليس ارتخاء) الرباط المدور للرحم في كل جانب نتيجة الحركة
8	يكون الاعتلال العظمي الحوضي المفصلي ناجماً عن ارتخاء مفصل ارتفاق العانة
9	تعتبر الوذمة بالنصف السفلي للجسم حالة فيزيولوجية عند الحامل وسببها الإستروجين (وليس البروجستيرون) أما الوذمة المعممة فتشير إلى ما قبل الإرجاج
10	تكون الزلة التنفسية عند الحوامل ناجمة عن فرط التهوية المحدث بالبروجستيرون ونقص السعة المتبقية بسبب ضغط الرحم الحامل على الحجاب الحاجز
11	متلازمة نفق الرسغ أشيع عند الخروسات فوق عمر الـ30 سنة
12	انّ سبب الضائعات البيضاء خلال الحمل هو زيادة الإستروجين

النزف التوليدي

1

أسباب النزف في الأشهر الأولى من الحمل

- ☐ الإجهاض (أشيع سبب)
- ☐ الحمل الهاجر
- ☐ الرحى العدارية

2

أسباب النزف قبل الوضع

- ☐ المشيمة المنزاحة
- ☐ انفكاك المشيمة الباكر
- ☐ الوعاء المشيمي المتقدم Vasa Previa
- ☐ تمزق الرحم

الإجهاض

1

هو انتهاء الحمل (عفوي أو محرض) قبل تمام الأسبوع [illegible] وبجنين غير ناضج تحت 500غ

2

نسبة الإجهاض العفوي كبيرة على خلاف باقي الأمراض التوليدية فهي تبلغ 15-20٪ من الحالات

3

تتأثر نسبة حدوث الإجهاض بعوامل كثيرة مثل:

- ☐ عمر الشريكين
- ☐ عدد الإجهاضات العفوية السابقة
- ☐ وجود طفل سابق يعاني تشوهات خلقية أو عيوب وراثية معروفة
- ☐ حملة حالات الإرقاء المتوازن
- ☐ الاختلاطات الطبية (مثل الداء السكري)

4

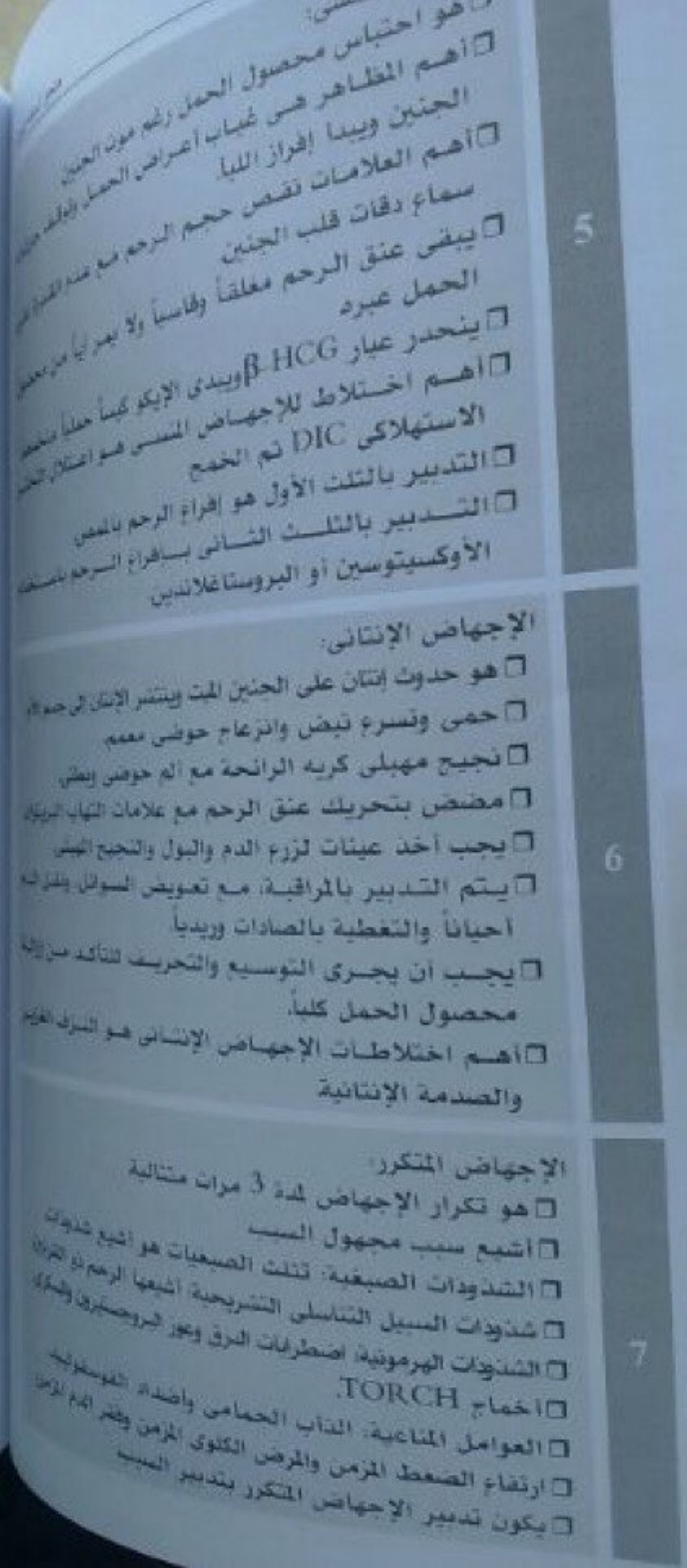
الأسباب الكبرى للإجهاض في الثلث الأول هي:

- ☐ الشذوذات الصبغية أشيع سبب للإجهاض العفوي
- ☐ زيادة عدد الولادات وعمر الأبوين
- ☐ الخمج
- ☐ العيوب التشريحية
- ☐ عوامل غدية وعوامل مناعية
- ☐ الأمراض الجهازية عند الأم (مثل الداء السكري، فرط نشاط الدرق)

5	الأسباب الكبرى للإجهاض في الثلث الثاني: ☐ العيوب التشريحية في الرحم أو عنق الرحم ☐ موت الجنين ☐ المشيمة الإطارية ☐ فرط تمدد الرحم بالحمل المتعدد أو موه السلى الحاد ☐ الرض
6	الموجودات المخبرية بالإجهاض: ☐ انخفاض β-HCG ☐ فقر دم مع ارتفاع الكريات البيض ☐ هبوط البروجستيرون ☐ الإيكو مشخص

الأنماط السريرية للإجهاض

1	التهديد بالإجهاض: ☐ تجيج مهبلي مدمى أو نزف بسيط ☐ قد يحدث ألم ماغص بسيط أو لا يحدث أي ألم ☐ عنق الرحم مغلق ☐ التدبير راحة بالسرير مع تجنب الجماع، ويعطى البروجستيرون إن ثبت عوزه
2	الإجهاض المحتم: ☐ ألم ماغص قوي + نزف + عنق الرحم مفتوح ☐ يعالج كعلاج الإجهاض الناقص
3	الإجهاض الناقص: ☐ يمر جزء من محصول الحمل ويبقى جزء ← استمرار النزف ☐ لا تزول الآلام الرحمية ☐ عنق الرحم مفتوح ☐ التدبير بتعويض السوائل + تسريب أوكسيتوسين + تجريف باطن الرحم ☐ لا بد من إعطاء الأمهات سلبيات العامل Rh الـ Anti-D
4	الإجهاض التام: ☐ خروج كامل محصول الحمل ☐ توقف النزف ☐ توقف الألم ☐ التدبير مراقبة فقط



5

- هو احتباس محصول الحمل رغم موت الجنين …
- أهم المظاهر هي غياب أعراض الحمل وإيقاف … الجنين ويبدأ إفراز اللبأ
- أهم العلامات نقص حجم الرحم مع عدم … سماع دقات قلب الجنين
- يبقى عنق الرحم مغلقاً وقاسياً ولا يمر أي … الحمل عبره
- ينحدر عيار β-HCG ويبدي الإيكو كيساً حملياً …
- أهم اختلاط للإجهاض المنسي هو اعتلال التخثر الاستهلاكي DIC ثم الخمج
- التدبير بالثلث الأول هو إفراغ الرحم بالمص
- التدبير بالثلث الثاني بإفراغ الرحم بـ… الأوكسيتوسين أو البروستاغلاندين

6

الإجهاض الإنتاني:

- هو حدوث إنتان على الجنين الميت وينتشر الإنتان إلى جسم الأم
- حمى وتسرع نبض وانزعاج حوضي معمم
- نجيج مهبلي كريه الرائحة مع ألم حوضي وبطني
- مضض بتحريك عنق الرحم مع علامات التهاب البريتوان
- يجب أخذ عينات لزرع الدم والبول والنجيج المهبلي
- يتم التدبير بالمراقبة، مع تعويض السوائل … أحياناً والتغطية بالصادات وريدياً
- يجب أن يجرى التوسيع والتجريف للتأكد من إزالة محصول الحمل كلياً
- أهم اختلاطات الإجهاض الإنتاني هو النزف الغزير والصدمة الإنتانية

7

الإجهاض المتكرر:

- هو تكرار الإجهاض لمدة 3 مرات متتالية
- أشيع سبب مجهول السبب
- الشذوذات الصبغية: تثلث الصبغيات هو أشيع شذوذ …
- شذوذات السبيل التناسلي التشريحية: أشيعها الرحم ذو القرنين …
- الشذوذات الهرمونية: اضطرابات الدرق وعوز البروجستيرون والسكري
- أخماج TORCH.
- العوامل المناعية: الذأب الحمامي واضداد الفوسفوليبيد
- ارتفاع الضغط المزمن والمرض الكلوي المزمن وفقر الدم …
- يكون تدبير الإجهاض المتكرر بتدبير السبب

الحمل الهاجر

1	هو تعشيش البيضة الملقحة في أي مكان خارج جوف الرحم
2	نسبة الحدوث 1-3٪ من كل الحمول
3	أشيع مكان على الإطلاق للحمل الهاجر هو البوق وخصوصاً المجل
4	أسباب الحمل الهاجر: □ التهابات البوق والداء الحوضي الالتهابي PID □ الالتصاقات حول البوق نتيجة جراحة أو إجهاض سابق أو اندومتريوز أو PID □ الأورام الليفية وكيسات المبيض ← قد تسبب تطاولاً بالبوق □ اللولب وخصوصاً البروجستيروني □ تقنيات الإخصاب المساعد كطفل الأنبوب IVF
5	الأعراض والعلامات: □ انقطاع الطمث □ الألم الماغص □ النزف الرحمي □ المضض بتحريك عنق الرحم □ كتلة ملحقات
6	التشخيص التفريقي للحمل الهاجر: □ الإجهاض □ التهاب الملحقات الحاد □ تمزق كيسة جسم أصفر □ انفتال كيسة المبيض □ تنخر ورم ليفي حاد
7	التشخيص: □ اختبار الحمل إيجابي + رحم فارغ صدوياً + ألم ونزف □ لا تتضاعف قيم β-HCG في الحمل الهاجر كما الحمل الطبيعي (كل يومين) □ قد يبدي الإيكو كتلة ملحقات أو سائل برتج دوغلاس □ الوسيلة الذهبية لتشخيص الحمل الهاجر هي تنظير البطن

8

العلاج:
- ☐ عند النزف الشديد وسوء الحالة العامة ← جراحة إسعافية
- ☐ الحالات المعتدلة ← بالجراحة التنظيرية ← استئصال البوق أو فغره مع إيقاف النزف
- ☐ قد تزول بعض الحموض الهاجرة بالارتشاف أو الإسقاط البوقي ← مراقبة فقط
- ☐ يجب إعطاء Anti-D عند سلبيات RH.

9

استطبابات العلاج الدوائي بالميتوتركسات:
- ☐ حجم كيس الحمل أقل من 4 سم
- ☐ عدم وجود فعالية قلبية جنينية
- ☐ مستوى β-HCG أقل من 10000 ميلي وحدة دولية/مل
- ☐ حالة مستقرة

الرحى العدارية

1

أهم عوامل الخطورة الحمل الرحوي السابق والحمل فوق سن الـ 35

2

تكون الرحى العدارية تامة أو جزئية

3

الرحى العدارية التامة:
- ☐ الرحم متمددة بعدد كبير من الحويصلات المائية
- ☐ المبيض حاوي على كيسة لوتئينية كبيرة
- ☐ الزغابات متورمة مع فرط تنسج منتشر للأرومة الغاذية والزغابات لا تحوي أوعية
- ☐ لا توجد أنسجة جنينة أو مضغية
- ☐ الصيغة الصبغية 46XX.

4

الرحى العدارية الجزئية:
- ☐ يمكن التعرف على أنسجة جنينية
- ☐ يكون النمط الصبغي 69XXX أو 69XXY

5	الأعراض والعلامات السريرية: □ النزف المهبلي أشيع عرض □ حجم الرحم أكبر من الطبيعي والرحم أكثر ليونة من الرحم الحامل □ قد تشاهد مظاهر ما قبل الإرجاج لكن قبل الأسبوع 20 □ الإقياء الحملي المفرط □ مظاهر فرط نشاط الدرق □ الأعراض السابقة أكثر وضوحاً بالرحى الكاملة من الجزئية
6	الاستقصاءات: □ أهم علامة صدوية هي منظر عاصفة الثلج (يشاهد بالرحى الكاملة) □ ترتفع مستويات β-HCG أكثر من الطبيعي مقارنةً مع عمر الحمل
7	الاختلاطات: □ فقر الدم والخمج واعتلال التخثر وارتفاع الضغط □ الانصمام الرئوي بالأرومة الغاذية ← ضائقة تنفسية □ النكس، والرحى الغازية
8	المعالجة: □ التجريف بالمص هو الطريقة المفضلة لإفراغ الرحى • العلاج الكيميائي الوقائي □ لم يعد استئصال الرحم من علاجات الرحى العدارية □ تجرى المتابعة بعيارات β-HCG حتى تصبح طبيعية لمدة 6 أشهر متتالية
9	استطبابات العلاج الكيميائي: □ ارتفاع HCG المصلي (التضاعف خلال أسبوعين) أو □ اتخاذ مستويات HCG شكل الهضبة خلال (3) أسابيع □ اختبار إيجابي بعد كونه سلبياً □ علامات النقائل
10	منع الحمل: □ تمنع المريضة من الحمل لمدة عام باستخدام مانعات الحمل الهرمونية ولا نستخدم اللولب

3

نزوف أشهر الحمل الأخيرة

1	هي النزوف التي تحدث بعد الأسبوع 20 من الحمل وذلك قبل ولادة الجنين
2	الأسباب الرئيسية: □ الانفكاك المشيمي الباكر (أشيع سبب) □ المشيمة المنزاحة □ الوعاء المتقدم على الجنين

انفكاك المشيمة الباكر

1	نسبة الحدوث تقريباً 0.5-1٪ ولادة (أي أنها نادرة حقاً)
2	السبب الرئيسي مجهول
3	عوامل الخطورة: □ ارتفاع الضغط أهم عامل خطر □ الرض الخارجي □ قصر الحبل السري □ صغر حجم جوف الرحم بعد ولادة التوام الأول □ تشوهات الرحم وعوز حمض الفوليك □ الخروس المسنة
4	الأنماط: □ نزف ظاهر (بسيط)، نزف خفي (خطير)، مختلط (خفي ظاهر) وهو النمط الأشيع
5	الأعراض والتشخيص: □ النزف المهبلي □ مضض رحمي مع ألم بالظهر وتقلصات رحمية حادة ومؤلمة □ يكون لون الدم داكن لأنه محتبس قبل أن يخرج □ العلامات الحيوية غير مرتبطة بكمية النزف عموماً (تكون مرتبطة فقط بالنزف الظاهر) □ يجرى الإيكو لنفي المشيمة المنزاحة (فالإيكو غير منصح للانفكاك المشيمي الباكر)

	□ امام اي نزف بأشهر الحمل الاخيرة أول خطوة هي فتح وريد وسحب عينة لإجراء الزمرة والتصالب وتحري اضطرابات التخثر. □ تلجأ لاختبار Kleihauer-Betke لتحري وجود النزف الجنيني الأمومي. □ بالنزف الخفي يكون جدار البطن متخشب مع الام شديدة جداً وحجم الرحم أكبر من المتوقع ولا نسمع دقات قلب الجنين او نكشف حالة التألم
6	الاختلاطات: □ الصدمة: • بالنزف الظاهر ← صدمة نزفية • بالنزف الخفي ← صدمة نزفية + صدمة عصبية □ اعتلال التخثر الاستهلاكي DIC □ القصور الكلوي □ تناذر شيهان □ رحم كوفلير □ تكزز الرحم
7	التدبير: □ الخطوة الأولى بالتدبير هي نقل الدم وتعويض السوائل والشوارد □ في حال استقرار الحالة مع عدم وجود تألم جنيني ← مراقبة لصيقة □ في حال وجود تألم جنيني ← ولادة قيصرية □ في حال موت الجنين ← ولادة طبيعية

المشيمة المنزاحة

1	أهم عوامل الخطورة: □ ازدياد عمر الأم وتعدد الولادات □ ندبة سابقة على الرحم: قيصرية، استئصال أورام ليفية □ حجم كبير للمشيمة كما الحمل المتعدد والسكري
2	للمشيمة المنزاحة 4 درجات: □ مشيمة ذات ارتكاز واطئ (درجة 1) ترتكز على القطعة السفلية للرحم ولا تصل للفوهة الباطنة لعنق الرحم

3

	◻ مشيمة متزاحة هامشية (درجة 2): تقارب المشيمة حتى الفوهة الباطنة لعنق الرحم ◻ مشيمة متزاحة جزئياً (درجة 3): تغطي الفوهة الباطنة لعنق الرحم جزئياً بالمشيمة ◻ مشيمة متزاحة كلياً أو مركزية (درجة 4): ترتكز المشيمة على كامل عنق الرحم
3	الأعراض والتشخيص: ◻ أشيع عرض بالمشيمة المتزاحة هو نزف مهبلي غير مصحوب بألم ◻ لون الدم النازف أحمر قاني لأنه يخرج مباشرة من الأوعية ◻ قد تؤدي المشيمة المتزاحة لنزف بعد الولادة (نزف خلاص) ◻ تتناسب الحالة العامة مع كمية النزف المهبلي الظاهر ◻ أهم ملاحظة بفحص البطن هو وجود المجيئات المعيبة ◻ الوسيلة الذهبية لتشخيص المشيمة المتزاحة هي الإيكو عبر المهبل ◻ المس المهبلي ممنوع منعاً باتاً قبل إجراء الإيكو.
4	التدبير: ◻ يعتمد التدبير على الحالة العامة للأم وعلى نضج الجنين ◻ الولادة المفضلة عموماً بالمشيمة المتزاحة هي الولادة القيصرية
5	الاختلاطات: ◻ الصدمة النزفية ◻ تطور المشيمة الملتحمة ◻ النزف بعد الوضع ◻ الإنتان النفاسي

الوعاء المتقدم على الجنين

1	هو السبب الوحيد للنزف قبل الوضع من منشأ جنيني (حالة نادرة)
2	ترتبط هذه الحالة بالارتكاز الطلي للحبل السري والمشيمة المتفصلة
3	قد يتم جس الأوعية ضمن الأغشية بالفحص المهبلي

4	هنالك نزف مهبلي مصحوب بتألم جنيني ويمكن إجراء اختبار APT للتأكد من مصدر الدم
5	يجب توليد الجنين في الحال: ☐ اتساع وامحاء تامين ← تطبق المحجم أو الملقط ☐ اتساع وامحاء ناقصين ← قيصرية

إنهاء الحمل

1	استطبابات الإجهاض العلاجي: ☐ الإجهاض المنسي وموه السلى الحاد. ☐ الأمراض القلبية والرئوية الشديدة عند الحامل ☐ قصور الكلية والسكري غير المضبوط ☐ بعض حالات الإقياء الحملي المفرط
2	تقنيات الإجهاض: ☐ الأوكسيتوسين وريدياً. ☐ البروستاغلاندين حقناً ضمن الرحم وإعطاء خلالي أو إعطاء فموي ☐ السوائل مفرطة الحلولية ☐ مضادات البروجستيرون
3	استطبابات تحريض المخاض: ☐ ارتفاع الضغط وما قبل الإرجاج. ☐ انبثاق الأغشية الباكر. ☐ الإنتان الأمنيوسي ☐ اختلال وضع الجنين ☐ موت الجنين
4	تقييم الجنين والأم قبل تحريض المخاض: ☐ لتقييم الجنين نبحث عن النضج الرئوي ☐ لتقييم عنق الرحم نستخدم مشعر بيشوب والذي يتضمن: • الاتساع • الامحاء • درجة التدخل • القوام • الوضع

الحمل عالي الخطورة

1. هو الحمل الذي يترافق بتعرض الأم أو الجنين أو الوليد لخطر متزايد.
2. يضم تقدم عمر الأم، كثرة الولادات، السوابق التوليدية السيئة
3. ارتفاع الضغط والسكري وأمراض الكلية
4. الحمل المتعدد، IUGR، النزف قبل الولادة، المجيئات المعيبة

عديدات الولادة جداً

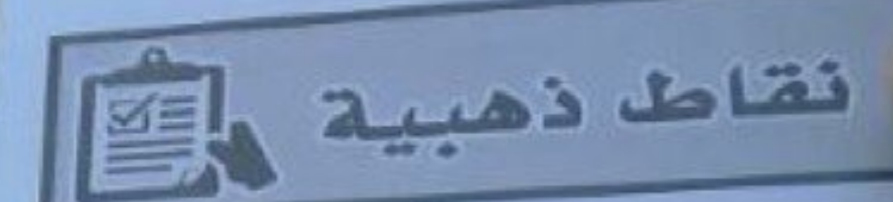
1. عديدة الولادات جداً هي السيدة التي لديها خمس ولادات أو أكثر.
2. الاختلاطات في أثناء الحمل:
   - الإجهاض والمخاض الباكر
   - فقر الدم
   - المجيء المعيب بسبب ارتخاء جدار البطن
   - ارتفاع الضغط الشرياني المزمن
   - الداء السكري
   - المشيمة المنزاحة
3. الاختلاطات في أثناء الولادة:
   - العطالة الرحمية
   - المخاض المسدود بسبب مجيء معيب، عرطلة جنينية
   - تمزق الرحم
   - النزف بعد الوضع
   - المشيمة الملتحمة
   - زيادة اللجوء للمداخلة الجراحية
   - معدل وفيات أعلى عند الأم

الخروس المسنة

1	هي أي سيدة في حملها الأول وعمرها 35 سنة أو أكثر
2	عموماً، تكون الخروس المسنة أكثر عرضة لما يلي: ☐ الإجهاض ☐ نسبة حدوث أعلى للشذوذات الصبغية بما فيها متلازمة داون ☐ إقبابات حملية معتدة ☐ ما قبل الإرجاج ☐ الانفكاك المشيمي الباكر تكون أيضاً أكثر عرضة في أثناء المخاض لما يلي: ☐ تطاول أمد المخاض ☐ زيادة القلق عند الأم والعمل الشاذ للرحم ☐ العجان القاسي ويستطب غالباً إجراء خزع الفرج الواقي episiotomy ☐ معدل أعلى للعملية القيصرية ☐ معدل وفيات أعلى عند الأم مقارنةً مع مجموعة الأعمار الأصغر.

الخزب الجنيني

1	هو تكدس السوائل المفرط ضمن أنسجة الجنين (وذمة شديدة)
2	يشخص بالإيكو بما يلي: ☐ زيادة سماكة الجلد: > 5 ملم ☐ سماكة المشيمة: > 4 سم ☐ أجواف الجسم: انصبابات الجنب والتامور وحبن
3	قد يكون السبب مناعي أي تنافر RH.
4	أو يكون السبب غير مناعي كالشذوذات القلبية والنفروز الخلقي



الأمراض الداخلية بالحمل

الاضطرابات الهضمية خلال الحمل

1

الإقياء الحملي المفرط:

- إقياءات مستمرة تؤثر على الحالة العامة وتستدعي دخول المشفى
- أهم الأسباب ارتفاع HCG كما الحمل المتعدد والرحى العدارية
- قد يحصل التجفاف والقلاء الاستقلابي ونقص الشوارد والفيتامينات
- الاختلاطات أذية دماغية وكبدية وكلوية حادة
- لا بد من الاستشفاء وإدخال التغذية الوريدية

2

الركود الصفراوي الحملي:

- أهم اضطراب كبدي بالحمل
- كثير النكس 70٪
- يزيد خطر الولادة المبكرة وموت الجنين
- أهم الأعراض يرقان وحكة وإسهال
- ترتفع الفوسفاتاز القلوية والحموض الصفراوية والبيليروبين
- أهم التدابير لتخفيف الحكة كوليسترامين + ديفينهيدرامين + ديكساميتازون
- يجب الحذر من تناول مانعات الحمل الفموية لأنها تسبب عودة الركودة الصفراوية

3

تشحم الكبد الحملي الحاد:

- حالة خطيرة على الأم والجنين
- تتضمن مظاهر قصور الكبد الحاد بأواخر الحمل
- التدبير إنهاء حمل مع معالجة داعمة

ارتفاع الضغط الشرياني أثناء الحمل

1	ما قبل الإرجاج إرجاج: ارتفاع ضغط شرياني + بيلة بروتينية بعد الأسبوع 20 من الحمل
2	ارتفاع الضغط الشرياني المزمن: هو ارتفاع الضغط الشخص قبل الحمل أو قبل الأسبوع 20 ويستمر لـ 12 أسبوع بعد الولادة
3	ارتفاع الضغط الشرياني المزمن مضافاً إليه ما قبل الإرجاج: هو ما قبل الإرجاج الذي يحدث لدى المريضات اللواتي لديهن ارتفاع ضغط شرياني مزمن

ما قبل الإرجاج

1	هو أشيع المتلازمات حدوثاً عند الحوامل وتشاهد في 10.5% من الحمول
2	هو واختلاطاته أشيع سبب للوفيات والمراضة عند الجنين
3	تزداد نسبة الحدوث في طرفي سن النشاط التناسلي وهو أشيع عند الخروسات
4	تزداد نسبة الحدوث عند السيدات اللواتي: □ يتعرضن للزغابات المشيمية لأول مرة □ يتعرضن لكم كبير من الزغابات المشيمية كما الحمل المتعدد والسكري والرحى
5	أهم نظريات الحدوث هي نظرية البروستاغلانديات القحفية ونظرية الأنجيوتنسين
6	تتجلى الإمراضية بتشنج وعائي شامل يؤدي لنقص أكسجة النسج مع نزوف متعددة

	تتجلى الإمراضية بالمشيمة بالقصور الرحمي المشيمي وقد يحدث انفكاك مشيمة باكر وبكلتا الحالتين يعاني الجنين من IUGR
	قد تؤدي النزوف وارتفاع الضغط الخبيث إلى القصور الكبدي والكلوي والعصبي
9	تشخيص ما قبل الإرجاج الشديد: ☐ ضغط الدم: الانقباضي > 160ملم زئبق، الانبساطي > 110 ملم زئبق ☐ البيلة البروتينية > 5 غ/لتر في بول الـ 24 ساعة ☐ وجود الأعراض: الصداع، تشوش الرؤية، الألم الشرسوفي أو المراقي ☐ شح البول ☐ انحلال الدم والـ DIC ☐ ارتفاع الإنزيمات الكبدية ☐ نقص الصفيحات ☐ متلازمة HELLP (H لانحلال الدم hemolysis، وEL لارتفاع الإنزيمات الكبدية elevated liver enzymes، وLP لنقص الصفيحات low platelets) ☐ ارتفاع الكرياتينين ☐ الوذمة الرئوية ☐ تأخر نمو الجنين
10	الاختلاطات: ☐ تأخر النمو داخل الرحم وانفكاك المشيمة الباكر. ☐ قصور الكلية الحاد (نخر أنابيب حاد). ☐ قصور كبدي حاد ونزف ضمن محفظة الكبد. ☐ قصور قلب حاد. ☐ نزف ضمن الشبكية وانفصال شبكية ☐ نزف دماغي وهو سبب الوفاة غالباً.

خطوات التدبير

1	تطبيق الراحة بالسرير والتهدئة النفسية والجسدية
2	إنهاء الحمل بأقرب وقت عندما يكون ذلك ضرورياً للأم وللجنين
3	يسمح بالاستمرار بالعلاج الطبي (خافضات الضغط): □ بالحالات الخفيفة ← 10-15 يوم □ بالحالات الشديدة ← 1-2يوم فقط □ بالحالات الصاعقة ← إنهاء حمل فوري أو علاج لمدة 6 ساعات فقط ثم إنهاء الحمل
4	تعالج الحالات الخفيفة بالمنزل والشديدة بالمشفى
5	يتم خفض الضغط بالألفا ميتيل دوبا والهيدرالازين
6	لا نستخدم المدرات إلا بحال وجود وذمة رئة
7	الإرجاج هو نوبة صرع كبير محرضة بهذا المرض، ويحصل بأغلب الحالات قبل الولادة وقد يحصل نادراً خلال أو بعد الولادة
8	تتكون النوبة الاختلاجية من أطوار: بادري ← مقوي ← رمعي ← سبات
9	افضل مضاد اختلاج عند مريضات الإرجاج هو سلفات المغنزيوم
10	يكون تدبير الإرجاج بإعطاء سلفات المغنزيوم + إنهاء حمل فوري
11	تتم مناظرة الانسمام بسلفات المغنزيوم عبر: □ المعدل التنفسي □ المنعكسات الوترية □ مستوى المغنزيوم بالدم □ الصبيب البولي
12	ترياق سلفات المغنزيوم هو غلوكونات الكالسيوم

ارتفاع الضغط الشرياني المزمن

1	أهم المخاطر الولادة المبكرة وما قبل الإرجاج المضاف والانفكاك المشيمي الباكر وIUGR
2	أفضل خافضات الضغط عند الحوامل على الإطلاق هي الألفا ميتيل دوبا ثم الهيدرالازين
3	يجب تجنب استعمال المدرات وحاصرات الخميرة عند الحوامل

الأمراض القلبية عند الحوامل

1	أثر الحمل على المرض القلبي: □انكسار المعاوضة (قصور القلب) □قد تسبب الفعالية الرحمية مزيداً من الأذية للدسامات □التهاب الشغاف الجرثومي بسبب الخمج بالعقديات المخضرة
2	تأثير المرض القلبي على الحمل: □تأخر النمو داخل الرحم □موت الجنين ضمن الرحم □المخاض الباكر □الإجهاض

4

فقر الدم بالحمل

1	أشيع سبب لفقر الدم عند الحوامل هو عوز الحديد.
2	نتيجة زيادة حجم البلازما بالحمل يحدث ما يسمى فقر الدم الفيزيولوجي حيث يهبط الخضاب
3	نشخص فقر الدم بهبوط الخضاب عن 11 في الثلث الأول والثالث، وعن 10.5 بالثلث الثاني للحمل
4	أهم المظاهر هي عدم تحمل الجهد والزلة والصداع والشحوب وتقعر الأظافر.

اهم اختلاط لفقر الدم هو قصور القلب عالي النتاج	5
تكون مناسب الكرية الحمراء صغيرة بعوز الحديد، بعوز الفولات تكون المناسب كبيرة	6
اول مشعر لعوز الحديد هو انخفاض الفيريتين	7
مخاطر فقر الدم بعوز الحديد على الأم: ☐ المخاض الباكر. ☐ زيادة النزف بعد الولادة	8
مخاطر فقر الدم بعوز الحديد على الجنين ☐ ازدياد فقر الدم (خلال السنة الأولى من الحياة) ☐ مشاكل سلوكية مع نقص الأداء الشخصي ☐ نقص وزن الولادة بسبب زيادة ضغط الدم	9
تحتاج الحوامل العاديات إلى (30_60) ملغ حديد يومياً. وفي حال كن يعانين من عوز الحديد فترفع الجرعة إلى الضعف	10
اهم أسباب عوز الفولات عند الحوامل هي زيادة الاستهلاك مع نقص الوارد.	11
لا بد من تعويض الفولات حتى قبل البدء بالحمل بثلاث أشهر وطوال الحمل	12

الاضطرابات البولية بالحمل

البيلة الجرثومية اللاعرضية

هي وجود عدد من المستعمرات يزيد عن 100 ألف/مل ضمن السبيل البولي دون أعراض	1
انتشارها 4_7٪ من الحوامل	2
إذا تركت دون علاج ← تتطور إلى التهاب حويضة وكلية بنسبة 25٪ وفي حال معالجتها تنقص نسبة التطور إلى التهاب حويضة وكلية إلى 3٪.	3

	أهم سبب للإنتانات البولية عند الحوامل هو الإيشيريشيا الكولونية
	العلاج البدئي 7-10 أيام بالسلفوناميدات والنتروفورانتوئين أو الأمبيسيلين

التهاب الحويضة والكلية الحاد بالحمل

1	هو أشيع اختلاط بولي عند الحوامل
2	أشيع سبب الكولونيات وأشيع طريق هو الصاعد
3	أهم الأعراض حمى وألم خاصرة وأعراض بولية سفلية
4	أهم الاستقصاءات زرع البول وإجراء التحسس
5	أهم تدبير هو الصادات الوريدية كالسيفازولين والأمبيسلين
6	أهم إختلاط هو المخاض الباكر

4

الحصيات البولية

1	ليست الحصيات البولية أكثر شيوعاً بالحمل
2	تسبب الحصيات البولية ألم أو انسداد أو نزف
3	يتم تدبير القولنج بالمسكنات والإماهة

المرض الكلوي المزمن والحمل

1	يزداد خطر القصور الكلوي وما قبل الإرجاج خلال الحمل
2	يزداد خطر الوفيات حول الولادة والمخاض المبكر والـ IUGR

3	أسباب القصور الكلوي الحاد بالحمل: □ الإجهاض الإنتاني □ أسباب قبل كلوية كالإقياء الحملي المفرط، الانفكاك المشيمي الباكر □ ما قبل الإرجاج □ تشحم الكبد الحملي الحاد ومتلازمة HELLP □ التنخر القشري ثنائي الجانب نتيجة الانفكاك المشيمي الباكر أو الصمة الأمنيوسية

السكري والحمل

1	تبلغ قيم سكر الدم الصيامي بالحمل 60-90 ملغ/دل
2	يتميز النصف الأول للحمل بزيادة الحساسية للأنسولين، والعكس تماماً بالنصف الثاني
3	اختلاطات السكري على الحمل: □ قد يظهر السكري للمرة الأولى خلال الحمل، وقد يستعصى على السيطرة خلال الحمل لأنّ الحمل حالة مولدة للمقاومة للأنسولين □ هناك ميل لنقص سكر الدم خلال النصف الأول للحمل وخلال المخاض وبعد الولادة □ هناك ميل لارتفاع سكر الدم خلال النصف الثاني للحمل □ يؤدي الحمل لتسارع اختلاطات السكري كالحماض الكيتوني واعتلال الشبكية
4	اختلاطات السكري على الحمل الوالدية: □ الإجهاض العفوي □ موه السلى □ ارتفاع الضغط وما قبل الإرجاج □ المشيمة المتزاحة □ زيادة الإنتانات البولية السفلية والعلوية □ المخاض الباكر والمخاض العسير □ عطالة الرحم وتمزقات تناسلية (بسبب عرطلة الجنين)

5

اختلاطات السكري على الجنين:

- ☐ التشوهات الجنينية الخلقية وأشيعها القلبية الوعائية وأكثرها نوعية غياب العجز
- ☐ العرطلة الجنينية

6

وليد الأم السكرية يعاني من:

- ☐ نقص سكر الدم
- ☐ داء الأغشية الهيالينية
- ☐ نقص كلس الدم
- ☐ نقص مغنزيوم الدم
- ☐ احمرار الدم
- ☐ فرط بيليروبين الدم (يرقان)
- ☐ الرضوض الولادية (كسر الترقوة، شلل الوجهي)

7

يجرى التقصي عن السكري بالأسابيع 24-28 عند عاليات الخطر:

- ☐ قصة داء سكري حملي
- ☐ قصة عدم تحمل للسكر.
- ☐ قصة عرطلة جنينية سابقة أو وجودها حالياً
- ☐ قصة موت سلي مجهول السبب
- ☐ قصة تشوهات جنينية خلقية
- ☐ قصة إملاص غير مفسر.
- ☐ البدانة عند الأم
- ☐ عمر الأم > 35 سنة
- ☐ ارتفاع ضغط شرياني مزمن أو مرض كلوي.
- ☐ بيلة سكرية هامة
- ☐ قصة عائلية إيجابية لداء سكري واضح

8

لا تعطى خافضات السكر الفموية خلال الحمل بل الأنسولين فقط

9

لا مانع لمريضات السكري من الإرضاع

10

يوصى باستخدام حبوب البروجستيرون فقط لمنع الحمل عند مريضات السكري

اختلاطات التدخين على الحمل

1	ازدياد الوفيات حوالي الولادة بما في ذلك متلازمة موت الرضيع المفاجئ
2	الإجهاض العفوي
3	المخاض الباكر
4	انبثاق الأغشية الباكر
5	الانفكاك المشيمي الباكر
6	المشيمة المنزاحة

الأمراض الخثرية بالحمل

1	عوامل زيادة الخطورة للانصمام الخثري بالحمل: ☐ ازدياد عمر الأم ☐ ازدياد عدد الولادات ☐ سوابق انصمام خثري ☐ الولادة الجراحية مقارنة مع الولادة المهبلية ☐ قلة الحركة والبدانة وقصور القلب ☐ الأهبة الوراثية للتخثر
2	أهم اختلاطات الانصمام الخثاري الصمة الرئوية والإجهاض
3	يتم تشخيص التهاب الوريد الخثري العميق اعتماداً على وجود ساق مؤلمة متورمة مع مضض عند ثني الكاحل ظهرياً
4	أهم وسيلة لتشخيص الخثار الوريدي العميق هي الإيكو دوبلر
5	تتميز الصمة الرئوية بألم صدري مع زلة مفاجئة مع نفث دم
6	لعلاج الاضطرابات الخثرية بالحمل نستخدم الهيبارين ولا نستخدم الوارفارين

تنافر الريزوس في الحمل

1	يحصل حالة التمنيع في السيناريو التالي: أم سلبية RH وأب إيجابي RH، الولد الأول إيجابي RH وعند الولادة يمر القليل من دم الجنين إلى دوران الأم، فتشكل الأم أضداد في دمها ضد عامل RH، وعند الحمل بولد آخر فتتم مهاجمة كرياته الحمر عن طريق عبور الأضداد المضادة للـ RH من الأم للجنين عبر المشيمة
2	النتيجة هي فقر دم انحلالي عند الجنين
3	يؤدي فقر الدم الشديد إلى زيادة حجم البلازما ← وذمات معممة (الخزب الجنيني)
4	كما يؤدي فقر الدم عند الجنين إلى تكوين الدم من الكبد والطحال والكظر والكلى مما يؤدي إلى زيادة اللزوجة الدموية ← توقف وظائف الأعضاء
5	أهم اختبارات التشخيص: □ عيار كومبس غير المباشر □ بزل السلى: حيث تتم قراءة تركيز البيليروبين على مخطط ليلي □ أخذ عينة من الوريد السري عبر الجلد
6	أهم التدابير: □ توليد الجنين إذا بلغ الأسبوع 34 □ نقل الدم داخل الرحم إذا كان عمر الجنين أقل من 34 أسبوع
7	اختلاطات نقل الدم: □ موت الجنين أو تهتك عضو جنيني (كالكبد، الأمعاء، المثانة) □ المخاض الباكر □ بطء القلب □ نزف من موقع البزل في حال نقل الدم لضمن الأوعية □ التهاب السلى □ انبثاق الأغشية الباكر

8	يجب أن يعطى الغلوبين المناعي لـ Rh (Anti-D) للسيدات غير المحسسات سلبيات الـD كما يلي: □ للسيدة غير الممنعة سلبية الـ Rh في الأسبوع 28، عندما يكون والد الطفل إيجابي الـ Rh □ بعد الوضع إذا بقيت الأم غير ممنعة ووضعت طفلاً إيجابي الـ Rh، عندها تجب الوقاية في غضون 72 ساعة من الولادة □ بعد بزل السلى، عينة الزغابة المشيمائية، عينة دم الحبل السري عبر الجلد والتحويل بالأعمال الخارجية أو الجراحة الجنينية □ بعد حمل هاجر. □ بعد الإجهاض العفوي أو المحرض □ بعد نقل دم عارض لدم إيجابي الـ Rh لسيدة سلبية الـ Rh قبل سن الإياس □ بعد الانفكاك المشيمي الباكر والنزف الرحمي غير المشخص وتعرض الأم لحادث
9	أهم اختبارات التشخيص: • عيار كومبس غير المباشر. • بزل السلى: حيث تتم قراءة تركيز البيليروبين على مخطط ليلي • أخذ عينة من الوريد السرى عبر الجلد.

الورم الليفي والحمل

1	تأثيرات الورم الليفي على الحمل: □ نقص الخصوبة، تضاعف خطر حدوث الإجهاض، زيادة خطر حدوث المخاض الباكر. □ الأوضاع والمجيئات المعيبة □ النزف قبل الولادة بسبب انفكاك المشيمة □ أعراض انضغاطية (انضغاط المثانة والمستقيم) □ عدم تدخل الرأس □ إذا سبب الورم فرط تمطط في البوق، فقد يؤدي لحدوث الحمل الهاجر. □ البطن الحاد في حالات انفتال الأورام الليفية المعنقة والموجودة تحت المصلية، والتنكس الأحمر.

2	تأثيرات الورم الليفي على المخاض: □ مخاض مسدود □ النزف بعد الولادة □ المشيمة الملتحمة واحتباس المشيمة
3	تأثيرات الورم الليفي في فترة النفاس: □ نقص انطمار الرحم □ النزف الثانوي بعد الوضع (بوليب الورم الليفي)
4	تأثيرات الحمل على الورم الليفي □ الزيادة في الحجم □ التنكس الهياليني (الزجاجي) والكيسي □ التنكس الأحمر: نادر الحدوث تشكو المريضة من ألم وحمى منخفضة الدرجة بين الأسبوعين الحمليين 12 و22، بالجس يلاحظ وجود ناحية ممضة من الرحم، وتخضع لمعالجة الراحة والتركين □ تمزق وريد على سطح الورم الموجود تحت المصلية □ انفتال الورم العضلي المعنق □ انحشار الورم في الحوض
5	العلاج: □ يجب تجنب استئصال الورم الليفي مع القيصرية بسبب النزف الغزير □ يمكن استئصال الرحم مع القيصرية في حال سيدة لا ترغب بالمزيد من الأولاد

4

أسباب الألم البطني الحاد بالحمل

1	التقلصات الرحمية: كما هو الحال في الإجهاض، المخاض الباكر، وآلام المخاض الكاذب
2	الانفكاك المشيمي الباكر
3	الأورام الليفية المصابة باختلاط
4	يمكن أن يؤدي فرط تمدد الرحم إلى حدوث انزعاج بطني كما هي الحال في موه السلى الحاد والحمل المتعدد
5	الرحم الحامل المنقلبة للخلف المحتبسة

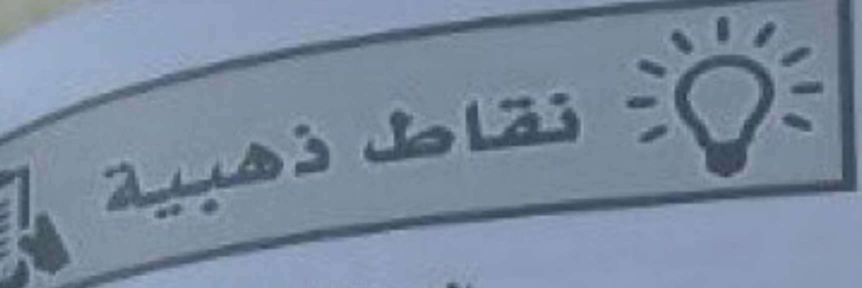
6	الحمل الهاجر.
7	كيسات وأورام المبيض
8	التهاب الحويضة والكلية والزائدة والمرارة

التهاب الزائدة الدودية بالحمل

1	هو أشيع اختلاط جراحي خلال الحمل ونسبة الحدوث 1500/1.
2	أهم الأعراض ألم بطني، قمه، غثيان وإقياء.
3	أهم العلامات ماك بورني والمضض المرتد.
4	أهم المخبريات ارتفاع الكريات البيض
5	أهم تشخيص خاطئ لالتهاب الزائدة هو اعتباره التهاب حويضة وكلية حاد.
6	العلاج جراحي فور التشخيص وبغض النظر عن عمر الحمل
7	أهم الاختلاطات الحملية هي الإجهاض العفوي والمخاض الباكر.

التهاب المرارة الحاد بالحمل

1	الصورة السريرية ألم مراق مع إقياءات مريحة وارتفاع حرارة وكريات بيض.
2	أهم التشاخيص التفريقية: □ تشحم الكبد الحملي الحاد. □ الانفكاك المشيمي الباكر. □ التهاب المعثكلة □ التهاب الزائدة الدودية الحاد. □ متلازمة HELLP
3	يمكن الاقتصار على العلاج الدوائي خلال الحمل، وإن كانت الجراحة مستعجلة فالأفضل إجراءها بالثلث الثاني للحمل



المجيئات المعيبة

المجيء الوجهي

1	هو تقدم المجيء والرأس بوضعية فرط البسط
2	النقطة الاستكشافية هي الذقن
3	قطر التدخل هو القطر تحت الذقني البرغماوي 9.5 سم
4	اهم اختلاطات المجيء الوجهي هي انسدال السرر وتمزقات العجان
5	المجيء الذقني الخلفي مستحيل أن يلد إلا بالقيصرية
6	أسباب المجيء الوجهي: تعدد الولادات تضيقات الحوض البطن الخرجي انعدام الجمجمة ضخامة الدرق تشنج عضلات النقرة

المجيء الجبهي

1	هو تقدم الجنين والرأس بين الانعطاف والانبساط
2	الأسباب هي ذاتها أسباب المجيء الوجهي
3	النقطة الاستكشافية هي جذر الأنف
4	قطر التدخل هو فوق الفموي الذقني 13.5 سم ... الولادة المهبلية لجنين حي مستحيلة

المجيء المقعدي

1	هو تقدم الجنين بمقعده
2	نسبة الحدوث 3.5٪
3	النقطة الاستكشافية هي عظم العجز
4	قطر التدخل هو القطر بين المدورين
5	يكون المجيء المقعدي تام أو ناقص
6	يكون المجيء المقعدي الناقص بالطراز الإليوي أو الركبي أو القدمي
7	أسباب المجيء المقعدي: □ تضيقات الحوض وأورام الحوض □ تعدد الولادات □ تشوهات الرحم الخلقية وتشوهات الأجنة (استسقاء الرأس وانعدام الجمجمة) □ الحمل المتعدد والخداج □ الارتكاز المعيب □ موه السلى □ قصر السرر
8	المشاكل التي تعترض ولادة المجيء المقعدي: □ ارتفاع الطرف العلوي أو الطرفين. والذي يعرض لكسر العضد بسبب الجر الخاطئ □ انحباس الرأس المتأخر □ دوران الظهر للخلف
9	يسمح بالولادة المهبلية للمقعدي التام والناقص بالطراز الإليوي بشروط: □ التناسب بين حجم الجنين وحوض الأم □ الوزن المتوقع للجنين يتراوح بين 2500-3500 غ □ خبرة جيدة للمولد □ تقلصات جيدة □ تحضير نفسي جيد للأم والتأكد من حسن استجابتها

المجيء المعترض

1	هو المجيء الذي يكون فيه محور الجنين الطولاني عمودي على محور الرحم الطولاني
2	نسبة الحدوث نادرة 0,5٪
3	النقطة الاستكشافية هي النتوء الأخرمي للكتف
4	الأسباب نفس أسباب المجيء المقعدي عدا انشطاء الرأس
5	الولادة الطبيعية لجنين حي مستحيلة

الحمل المتعدد

1	هو نمو أكثر من جنين ضمن الرحم، قد يكون ثنائي أو ثلاثي أو أكثر
2	قد يكون ثنائي البيضة (إلقاح بويضتين) أو وحيد البيضة (انقسام البويضة الملقحة)
3	كل ما كان انقسام المضغة أبكر ← كان التخصص أوضح (انفصال الأغشية والمشيمة)
4	تشتد الأعراض الودية ويكون حجم الرحم أكبر من المتوقع
5	تأخذ الرحم شكلاً كروياً (بالحمل المفرد شكلها بيضوي)
6	نشعر بالفحص برأسين
7	اختلاطات الحمل المتعدد: □ ارتفاع التوتر الشرياني وفقر الدم □ موه السائل السلوي والارتكاز المعيب والولادة المبكرة □ عطالة الرحم □ المجيئات المعيبة وبخاصة للجنين الثاني، وقد يتدلى سرر أو أطراف الجنين الثاني أو تنفك مشيمته □ قد يتشابك الجنينان إن كان الأول مقعدياً والثاني قمياً □ تعد نزوف الخلاص من أخطر اختلاطات ما بعد الولادة

8	تتم الولادة بالطريق المهبلي إذا كان الجنينان قميين أو كان الأول قمي والثاني مقعدي
9	يلجأ للقيصرية في الحالات التالية: - الأول معترض أو مقعدي - الولادة المبكرة مع قابلية الأجنة للحياة - عند فشل التحويل بالأعمال الداخلية - الحمل الثلاثي أو الرباعي - أسباب توليدية أخرى لا تتعلق بالحمل المتعدد.

اضطرابات السائل السلوي

موه السلى

1	هو زيادة حجم السائل السلوي عن 2000 مل
2	أهم الأسباب الجنينية عيوب الأنبوب العصبي وانسدادات السبيل الهضمي
3	أهم الأسباب الصبغية تثلثات الصبغيات 13-18-21
4	يسبب الحمل المتعدد موه سلى.
5	تسبب الأخماج الخلقية موه سلى
6	أهم الأسباب الوالدية السكري والتمنيع الأسوي بال RH
7	قد يكون موه السلى حاداً أو مزمناً والمزمن أشيع بكثير من الحاد.
8	يتأخر ظهور موه السلى المزمن للأسبوع 32 والشكايات خفيفة كالانزعاج البطني
9	تكثر مشاهدة المجيئات المعيبة والرحم أكبر من الحجم المتوقع

10
أهم اختلاطات موه السلى المزمن
- □ المخاض المبكر
- □ انسدال السرر
- □ الجيئات المعيبة
- □ نزف العطالة

11
أدق طرائق تحديد حجم السلى هو مشعر السلى بالجيوب بالإيكو.

12
أهم التدابير العلاجية:
- □ إنقاص حجم السلى ببزل السائل السلوي
- □ الإندوميتاسين ← ينقص الجريان الكلوي ← ينقص عملية التبول ← ينقص حجم السلى

13
يتظاهر موه السلى الحاد بكبر سريع بالبطن مع أعراض وعلامات بطن حاد، وتحدث وذمة بالأطراف السفلية نتيجة الضغط على الأجوف.

14
يكون البطن لامعاً متوتراً ومتمدداً ويصعب سماع حركات الجنين

15
التدبير ببزل السلى وبكميات كبيرة

ندرة السلى

1
هو نقص كمية السائل السلوي عن 500 مل، ويقل مشعر السلى عن 5.

2
أهم الأسباب:
- □ تمزق الأغشية الباكر
- □ تشوهات السبيل البولي وعدم تكون الكلية
- □ تأخر النمو ضمن الرحم IUGR
- □ الحمل المديد

3
أهم الاختلاطات تشوهات الأطراف ونقص التنسج الرئوي

انبثاق الأغشية الباكر

انبثاق الأغشية قبل بدء المخاض بأكثر من ساعة يدعى PROM

انبثاق الأغشية قبل بدء المخاض بأكثر من ساعة وقبل الأسبوع 37 يدعى P-PROM

نسبة الحدوث مرتفعة 5-15٪ من الحمول كافة

عند الانبثاق بتمام الحمل ← يحدث المخاض والولادة خلال 24 ساعة في 80٪ من الحالات

عند الانبثاق قبل تمام الحمل ← يحدث المخاض في غضون أسبوع في 85٪ من الحالات

مسببات انبثاق الأغشية الباكر PROM:

- السبب الأشيع هو الإنتانات البولية وضمن الرحم
- زيادة الضغط ضمن الرحم كما الحمل المتعدد وموه السلى
- المجيئات المعيبة
- قصور عنق الرحم
- انفكاك المشيمة الباكر والمشيمة المنزاحة
- التحويل بالأعمال الخارجية وبزل السلى
- سوابق PROM

اختلاطات انبثاق الأغشية الباكر PROM:

- الخمج ضمن الرحم وانتقاله للوليد
- تألم الجنين والمجيء المعيب
- إن حدث تسرب السلى بعمر باكر ← تشوهات هيكلية ورئوية عند الجنين
- الخمج ضمن الرحم (التهاب الشيماء والسلى) ← إنتان الدم
- انفكاك المشيمة الباكر

تشخيص انبثاق الأغشية الباكر: □ سيلان أو دفقة من المهبل □ اعراض المخاض □ اعراض التهاب المشيماء والسلى □ رؤية تجمع سائل بالرتج الخلفي للمهبل □ خروج سائل من العنق عند الطلب من المريضة أن تسعل □ أهم الاختبارات التى تجرى على السائل لتثبت أنه سائل سلوى هى اختبار التسرخس واختبار النترازين □ أهم الفحوص التى تجرى أيضاً الإيكو والسيماء، وبزل السلى □ لا بد من زرع سائل السلى لتحري الجراثيم وتحسسها في حال الانتان	8
استطبابات إنهاء الحمل الفوري بعد PROM: □ الجنين الناضج □ البداية العفوية للمخاض □ نسبة L/S تدل على (نضج رئتي الجنين) □ التشوهات الجنينية التى لا تتوافق مع الحياة □ التألم الجنيني □ تأخر النمو داخل الرحم	9
الحالات المناسبة للتدبير بالانتظار والمراقبة: □ الحمول البعيدة عن تمام الحمل (24-32 أسبوعاً حملياً) □ الاختبارات الجنينية المطمئنة □ اتساع عنق الرحم 3 سم أو اقل، بعد رفع قطبة التطويق إن وجدت □ ضعف التقلصات الرحمية وقلة تواترها □ عدم وجود نزف مهبلي	10
التدبير: □ لا بد من الراحة بالسرير وأخذ عينات للزرع، مع إعطاء الصادات الوقائية والستيروئيدات لنضج الرئتين خلال 48 ساعة □ لا بد أيضاً من مراقبة الحالة العامة للأم والعلامات الحيوية ومراقبة تراكيز CRP حيث يرتفع قبل تطور الصورة السريرية لالتهاب السلى بيوم	11

التهاب المشيماء والسلى

1	ترتفع حرارة الأم وتتسرع دقات قلب الأم والجنين وقد يحدث المخاض الباكر
2	بالفحص يوجد مضض رحمي مع تقلصات
3	ترتفع الكريات البيض
4	يساعد بزل السلى بوضع التشخيص
5	التدبير صادات + ولادة فورية

عسر الولادة الحوضي

1	يعرف تضيق مدخل الحوض بأنه قصر القطر الأمامي الخلفي عن 10 سم أو المعترض عن 12 سم أو كلاهما.
2	لا يمكن للولادة الطبيعية أن تتم إن كان القطر المفيد أقل من 9 سم
3	يعد التقعر الحوضي ضيقاً إن قل مجموع القطر ما بين الشوكين والسهمي الخلفي عن 13.5 سم، أو كان القطر بين الشوكين أقل من 9 سم.
4	يعرّف ضيق مخرج الحوض بأنه قصر القطر بين الحدبتين إلى 8 سم أو أقل من ذلك

عسر المخاض الناجم عن أسباب جنينية

1	ينجم هنا عسر المخاض عن الجنين العرطل أو سوء الراس أوالجبين أوالقيلات

الجنين العرطل

1

هو ولادة جنين يزيد وزنه عن 4000 غرام أو 4500 غرام، أو عندما يتجاوز وزن الطفل الخط المئوي 90 بالنسبة للعمر الحملي

2

الأسباب:

- الداء السكري والبدانة عند الأم أشيع الأسباب
- تقدم سن الأم وتعدد الولادات
- سوابق جنين عرطل

3

الاختلاطات:

- المخاض المسدود وعسر ولادة الكتفين
- زيادة معدل التداخلات الولادية (قيصرية، ملقط، محجم)
- تأذي الأنسجة الرخوة (تمزقات العجان وعنق الرحم والمهبل)
- ازدياد الرضوض الولادية (كسر الترقوة وشلل الوجهي)
- زيادة وزن الوليد والبدانة بالمستقبل

4

التدبير:

ولادة قيصرية إذا:

- تجاوز وزن الجنين 4500 عند حامل غير مصابة بالسكري
- تجاوز وزن الجنين 4000 عند حامل مصابة بالسكري

عسر ولادة الكتفين

1 الأسباب ذاتها أسباب الجنين العرطل

2 الاختلاطات الجنينية اختناق الجنين وشلل إرب وكسر الترقوة

3 الاختلاطات عند الأم تمزقات تناسلية وأهمها الرحم

4 يجرى خزع الفرج الواقي بدايةً، وقد نضطر لإجراءات أخرى آخرها هي التحويل إلى قيصرية

عسر المخاض الناجم عن شذوذات القوى الدافعة وهن العضلة الرحمية

1	الأسباب: □ مجهول السبب (السبب الأشيع) □ إعطاء المسكنات بكميات كبيرة في الطور الكامن □ المجيئات المعيبة □ ضيق الحوض □ فرط تمدد العضلة الرحمية (الحمل المتعدد، موه السلى)
2	التدبير: □ تعطى الماخض المسكنات والمهدئات لتنام ثم تستعيد نشاطها. □ يتم حث المخاض بالأوكسيتوسين أيضاً.

تكزز الرحم

1	هو ازدياد مقوية الرحم بين التقلصات مما يحول دون الاتساع والامحاء
2	الأسباب: □ تحريض المخاض العنيف □ حث المخاض دون استطباب واضح □ انفكاك المشيمة الباكر □ خوف الماخض وخصوصاً عند الخروسات
3	التدبير: □ يبثق جيب المياه □ تعطى الماخض المسكنات القوية □ عند تألم الجنين يجب التحويل للقيصرية

المخاض العنيف

1	هو مخاض سريع لا يستمر أكثر من 3 ساعات، تكون التقلصات فيه عنيفة
2	العوامل المؤهبة: □ ضعف مقاومة الأنسجة الرخوة بالحوض □ تكزز الرحم □ صغر الجنين □ تعدد الولادات □ سوابق ولادات سريعة

5

3	الاختلاطات: ☐ تمزقات تناسلية (عجان، مهبل، رحم) ☐ الصمة الأمنيوسية ☐ رضوض الجنين ☐ عطالة الرحم

الرض التوليدي

تمزق الرحم

1	يحدث نتيجة للندبات الرحمية السابقة والتي تكون بسبب: ☐ قيصرية سابقة ☐ تمزق رحم سابق ☐ انثقاب رحم سابق ☐ استئصال ورم ليفي ☐ عملية تصنيع الرحم
2	أسباب تمزق الرحم الرضي: ☐ التحريض الجائر للمخاض ☐ التحويل بالأعمال الداخلية ☐ تطبيق ملقط الجنين دون التزام الشروط ☐ استسقاء الجنين
3	أسباب تمزق الرحم العفوي: ☐ تعدد الولادات ☐ المجيئات المعيبة ☐ عدم التناسب الحوضي الجنيني
4	الصورة السريرية: ☐ الآم حادة فجائية بالبطن ☐ تدخل المريضة بالصدمة ☐ تتوقف التقلصات الرحمية ☐ نشعر بالجس بأجزاء الجنين تحت جدار البطن
5	التدبير: ☐ تعويض السوائل ونقل الدم ☐ فتح بطن فوري لإيقاف النزف ☐ ترميم التمزقات البسيطة، واستئصال الرحم بالتمزقات الشديدة

أذيات عنق الرحم

1	الأسباب: □تطبيق الملقط أو استخراج المقعد قبل تمام الاتساع □توسيع العنق يدوياً أو آلياً في سياق المخاض □قساوة العنق والأجنة العرطلة والمجيئات المعيبة
2	الاختلاطات: □نزف الخلاص □امتداد التمزقات للرحم والحالبين □قصور فوهة عنق الرحم
3	التدبير: □كل التمزقات تحت 2 سم تشفى بدون عقابيل □ترمم التمزقات بالخياطة

تمزقات العجان

1	الأسباب: □ عدم ردف العجان بصورة كافية □ السماح بانبساط الرأس مع ذروة التقلصة □استخدام الملقط أو المحجم دون خزع □ الأجنة العرطلة والعجان القاسي
2	التصنيف والتدبير: □ يصنف إلى 4 درجات متدرجة حسب العمق □ترمم تمزقات الدرجة 1 و 2 كخزع الفرج الواقي □تحتاج الدرجات 3 و 4 إلى خياطة المستقيم ومعصرة الشرج
3	العقابيل المتأخرة لتمزقات القناة التناسلية: □الاختلاطات الخمجية □النواسير □قصور عنق الرحم □السلس الغائطي □الهبوط التناسلي □سلس البول الجهدي □عسر الجماع

شذوذات الدور الثالث للمخاض

نزوف الخلاص المبكرة

1

هي فقدان أكثر من 500 مل بعد الولادة المهبلية وأكثر من آل… بعد الولادة القيصرية خلال 24 ساعة

2

أسباب نزوف الخلاص المبكرة وفق تواردها في الممارسة:

- وهن العضلة الرحمية أشيع سبب
- تمزقات القناة التناسلية
- انحباس قطع مشيمية (الكبيرة ← نزوف مبكرة، والصغيرة ← نزوف متأخرة)
- نزف منطقة ارتكاز المشيمة
- اضطرابات تخثر الدم

3

أسباب وهن العضلة الرحمية:

- حالات فرط تمدد الرحم
- تعدد الولادات والمخاض العنيف
- التخدير العام العميق واستخدام موقفات المخاض

4

الصورة السريرية لنزوف الخلاص:

- استمرار النزف بعد الولادة
- تبدأ حالة الصدمة واضطراب الوعي
- عدم انقباض الرحم ← عطالة رحم
- استمرار النزف رغم انقباض الرحم ← فتش عن تمزقات تناسلية
- انقباض الرحم + عدم وجود تمزقات ← فتش عن قطعة مشيمية عالقة
- كل ما سبق طبيعي + استمرار النزف ← فتش عن اضطراب التخثر الدموي

5

تدبير نزوف الخلاص:

- فتح وريد وتعويض دم وسوائل مع قثطرة بولية
- مس مستبطن للرحم لاستخراج الفلق المشيمية
- ترميم التمزقات
- الضغط على الرحم بيد على جدار البطن ويد ضمن المهبل
- تسريب الأوكسيتوسين
- إعطاء بلازما طازجة (عند وجود اضطراب تخثر)
- آخر الخيارات استئصال الرحم عند السيدات عديدات الولادة أو نلجأ لربط الشريانين الحرقفيين

نزوف الخلاص المتأخرة

1	انحباس فلقة مشيمية أشيع سبب
2	الخمج ونقص انطمار الرحم
3	الورم الليفي تحت المخاطية وسرطانة عنق الرحم

نقص انطمار الرحم

1	هو إخفاق الرحم بالعودة إلى حجمها الأصلي خارج الحمل في غضون ستة أسابيع من الولادة
2	الأسباب: ▢ الخمج واحتباس قطع من المشيمة أو الأغشية والأورام الليفية ▢ فرط تمدد الرحم كالحمل المتعدد أو موه السّلى ▢ الانقلاب الخلفي للرحم واحتقانها ▢ سماكة الساقطة ▢ تعدد الولادات ▢ عدم مص الحلمة ▢ لا تعتبر التمزقات المهبلية من أسباب نقص انطمار الرحم
3	الأعراض والعلامات والتدبير: ▢ استمرار الهلابة والنزف ▢ تكون الرحم أكبر من الطبيعي وأكثر ليونة ▢ التدبير إرغومترين

انحباس المشيمة

1	الأسباب: ▢ عطالة الرحم ▢ حلقة الانقباض ▢ تمزق الرحم ▢ المشيمة الملتصقة
2	خيارات المعالجة: ▢ تمسيد الرحم وإعطاء المقبضات ▢ استخراج المشيمة يدوياً تحت التخدير العام ▢ يفيد الميتوتركسات بمعظم حالات المشيمة الملتصقة ▢ آخر الخيارات هو استئصال الرحم

انقلاب باطن الرحم الى ظاهرها

1

السببيات:

- قد يكون الانقلاب عفوياً ومن الممكن أن يكون محرضاً (وهذا هو الأشيع).
- العفوي: بسبب الولادة المسرعة، قصر الحبل السُّري الحقيقي أو السعال الشديد بعد الولادة.
- المحرض: بسبب الضغط على قعر الرحم أو الجر على السرر والرحم بحالة ارتخاء.

2

الصورة السريرية:

- ألم شديد جداً بعد الولادة الجزئية للمشيمة
- سرعان ما تدخل المريضة بحالة الصدمة (صدمة ألمية، صدمة نقص حجم)
- نلاحظ الرحم ضمن المهبل أو خارج الفرج ولا نشعر بالرحم بجس البطن
- عند تشخيص الحالة باكراً ← العلاج بالرد اليدوي (بدون تخدير) وبعلاج الصدمة

الأسباب التوليدية للصدمة بعد الولادة

1. نزوف الخلاص
2. انقلاب باطن الرحم إلى ظاهرها.
3. الصمة الأمنيوسية
4. انفتال أو تمزق كيسة مبيض

أسباب اعتلال التخثر الاستهلاكي بالتوليد

1. النزوف التوليدية الغزيرة (مثل انفكاك المشيمة الباكر)
2. إنتان الدم، كما بعد الإجهاض الانتاني والتهاب الحويضة والكلية والإنتان النفاسي
3. موت الجنين واحتباسه ضمن الرحم
4. تسريب محلول ملحي مفرط التوتر لتحريض الإجهاض

	تحريض الإجهاض دوائياً بالبروستاغلاندين
	الإجهاض المنسي
	الصمة الأمنيوسية
	بعد إعطاء كميات كبيرة من السوائل بالوريد
	تسريب الدكستران

الصمة الأمنيوسية

1	نادرة الحدوث جداً، لكن معظم المصابات يمتن بها (50-80%)
2	أهم العوامل المؤهبة هو حالات ارتفاع الضغط داخل الرحم (حمل متعدد، موه سلى، تحريض جائر للمخاض) إلى الحد الذي يتجاوز فيه ضغط السلى الضغط ضمن الأوردة الرحمية ← دخول الصمة الأمنيوسية لدوران الأم
3	تتظاهر بصمة رئوية مع تخثر منتشر داخل الأوعية وقصور تنفسي حاد
4	الإنذار سيء جداً

المخاض المبكر

1	هو المخاض الذي يحدث قبل اكتمال الأسبوع 37
2	يشخص المخاض الباكر من خلال: □وجود 6-8 تقلصات في الساعة أو 4 تقلصات خلال 20 دقيقة □مع تبدل في عنق الرحم (اتساع - امحاء) □وذلك بعد الأسبوع 20 وقبل الأسبوع 37
3	نسبة الحدوث 5-10% من الولادات الحية
4	هو السبب الرئيس للمراضة والوفيات حول الولادة

أسباب المخاض المبكر

1. الإنتانات وخصوصاً البولية ← تمزق الأغشية الباكر (أشيع سبب)
2. التهاب السلى والأخماج داخل الرحم
3. المشيمة المنزاحة والانفكاك المشيمي الباكر
4. المشاكل الطبية كارتفاع الضغط والسكري
5. التشوهات الخلقية بالرحم كالرحم ذو القرنين
6. الأورام الليفية تحت المخاطية
7. سوابق مخاض باكر

تقييم المخاض المبكر

1. قصة سريرية كاملة مع تحري كل عوامل الخطورة وتحري علامات الإنتان الجهازي
2. يجب نفي وجود تمزق أغشية باكر عن طريق اختبار التسرخس والنترازين
3. بعد نفي تمزق الأغشية الباكر يجرى الفحص الإصبعي ويكرر بفواصل ملائمة لتحري تبدلات عنق الرحم
4. يجب زرع البول، ومفرزات عنق الرحم والسائل المهبلي
5. يدل وجود الفيبرونكتين الجنيني بالمفرزات العنقية على انفصام عرى الساقط
6. لا بد أيضاً من فحص كمية السلى بالإيكو ومناظرة الجنين أيضاً

تدبير المخاض المبكر

- القبول بالمشفى مع الراحة ومناظرة الجنين
- إعطاء الصادات المضادة للعقديات GBS.
- إعطاء الستيروئيدات القشرية عند السيدات بين 24-34 اسبوع مالم توجد علامات خمج
- إعطاء موقفات المخاض

شروط إيقاف المخاض طويل الأمد

1. أن يكون الجنين حياً.
2. العمر الحملي 18-34 أسبوع
3. وزن الجنين المقدر بالأمواج فوق الصوتية أقل من 2 كغ
4. الأغشية الجنينية سالمة
5. تواتر التقلصات: أكثر من واحدة كل 10 دقائق مع اتساع مترق لعنق الرحم
6. اتساع عنق الرحم < 4سم

إيقاف المخاض على المدى القصير

1. لإطالة الحمل لمدة 48-72 ساعة فقط للسماح للستيروئيدات القشرية بإحداث تسارع في نضج رئة الجنين

مضادات استطباب إيقاف المخاض المبكر

1	المخاض المتقدم في مساره، أي أن اتساع عنق الرحم تجاوز الـ 4 سم.
2	انبثاق الأغشية الباكر.
3	ما قبل الإرجاج شديد الوطأة.
4	المرض القلبي الوعائي/ الكلوي الشديد.
5	ارتفاع الضغط الخارج عن نطاق السيطرة أو الانفكاك المشيمي الباكر.
6	الخمج ضمن الرحم (التهاب المشيماء والسلى) أو تألم جنيني
7	التشوهات الجنينية أو تأخر نمو الجنين.
8	موت الجنين.

موقفات المخاض

مقلدات بيتا 2

1	هي أشيع موقفات المخاض استخداماً.
2	أهم مضادات الاستطباب الأمراض القلبية وفرط نشاط الدرق وارتفاع الضغط والسكري.
3	أهم التأثيرات الجانبية على الأم: الخفقان والرعاش وفرط سكر الدم ونقص بوتاسيوم الدم.
4	أهم التأثيرات الجانبية عند الجنين: نقص سكر الدم ونقص كلس الدم

سلفات المغنزيوم (هو مضاد لشوارد الكلس)

1	مضادات الاستطباب: خلل الوظيفة الكلوية والعصبية
2	الترياق: غلوكونات الكلس
3	يجب مراقبة: المنعكس الداغصي، معدل التنفس، الصبيب البولي، تركيز المغنزيوم بالدم
4	أهم الاختلاطات هي التثبيط التنفسي والعصبي وتوقف القلب

حاصرات الكلس

1	مضادات الاستطباب: قصور القلب الاحتقاني وتضيق الأبهر واستخدام سلفات المغنزيوم في الوقت نفسه
2	التأثيرات الجانبية: هبوط الضغط وتسرع القلب الانعكاسي والدوخة

مضادات الالتهاب غير الستيروئيدية NSAIDs

1	تتميز بوجود فترة كامنة 1-12 ساعة قبل بدء التأثير.
2	أهمها الإندوميتاسين والنابروكسين والساليسيلك
3	أهم تأثيراتها الجانبية: □ انغلاق القناة الشريانية ← استمرار فرط التوتر الرئوي عند الوليد. □ تناقص حجم السلى لأن الـ NSAIDs تنقص الجريان الكلوي □ زيادة الأهبة للنزف
4	أهم مضادات الاستطباب ارتفاع الضغط وانفكاك المشيمة الباكر والقرحة الهضمية
5	الإندوميتاسين أفضل موقف مخاض لحامل مع موه سلي.

الحمل المديد

1	هو الحمل الذي يستمر لما بعد 42 اسبوع
2	نسبة الحدوث مرتفعة 10٪ من كل الحمول
3	عوز خميرة السلفاتاز عامل هام بالحمل المديد.
4	اختلاطات الحمل المديد (متلازمة الاستجوار): ❑ خسارة النسيج تحت الجلد ❑ تلون الجلد بالعقي ❑ التجفاف ❑ غياب الطلاء الدهني والزغب الجنيني ❑ قلة سائل السلى ووجود العقي فيه ❑ قابلية الجلد للتقشر ❑ العرطلة الجنينية
5	التدبير: ❑ مناظرة صحة الجنين عن كثب ❑ تحريض المخاض إن كان العنق ناضج ❑ يجب إنهاء الحمل بأي وسيلة كانت في تمام الأسبوع الحملي 42.



العملية القيصرية

1. هي الإجراء الذي يسمح بإخراج الجنين عبر شق جداري عبر البطن ثم الرحم

2. ظلت نسبة اللجوء للقيصرية ثابتة قديماً 3-5٪ ثم بدأت بالازدياد حتى أصبحت 20-25٪.

3. أسباب زيادة القيصرية:
- سوابق قيصرية (أشيع سبب)
- عسر الولادة
- المجيء المقعدي
- التألم الجنيني

4. استطبابات القيصرية الوالدية:
- نزوف أشهر الحمل الأخيرة
- المخاض المسدود
- كسور الحوض السابقة
- جراحة مهبلية ناجحة لسلس البول الجهدي
- سوابق قيصرية علوية أو ندبة على الرحم
- ارتفاع الضغط الشديد وأم الدم الدماغية

5. استطبابات القيصرية عند الجنين:
- تألم الجنين
- المجيء الجبهي، المجيء الذقني الخلفي، المجيء المعترض أما المجيء المقعدي فهو استطباب نسبي
- الحمول المتعددة
- الجنين العرطل والخداج الشديد.

6. استطبابات استئصال الرحم الإسعافي خلال القيصرية:
- المشيمة المندخلة
- العطالة الرحمية
- النزف المعند
- تمزق الرحم
- الورم الليفي العرطل

7	أنماط القيصرية: □ القيصرية الانتخابية: نحن نحدد الموعد والاستطباب معروف □ القيصرية الإسعافية: حدوث استطباب طارئ --> الحرق فوراً.
8	ميزات القيصرية السفلية عن العلوية: □ النزف أقل □ الندبة أمتن والتعرض للتمزق بالحمول اللاحقة أقل □ الخزل المعوي وتوسع المعدة أقل □ الالتصاقات والإنتان أقل
9	التحضير قبل القيصرية: □ صيام 8 ساعات □ طريق وريدي مع تأمين وحدات دم □ إفراغ المثانة □ حلاقة شعر البطن قبل الجراحة
10	اختلاطات القيصرية: □ الوفيات الوالدية □ المراضة عند الأم أعلى بـ 8-12 مرة من الولادة الطبيعية □ المراضة والوفيات عند الجنين

ملقط الجنين التوليدي

1	استطبابات الملقط: □ تقصير أمد الطور الثاني للمخاض عند الحوامل المريضات أمراض مزمنة □ ولادة الرأس المتأخر في المجيء المقعدي
2	شروط تطبيق الملقط: □ أغشية متمزقة □ رأس متدخل □ اتساع وامحاء تامين □ المجيء قمي أو وجهي أمامي حصراً. □ تناسب حوضي جنيني □ مثانة فارغة

3	اختلاطات الملقط عند الأم: □ تمزقات الرحم وعنق الرحم والمهبل □ امتداد خزع الفرج □ أذيات المثانة والإحليل □ الأورام الدموية
4	اختلاطات الملقط عند الجنين: □ الورم الدموي الرأسي □ التكدمات والتهتكات □ شلل العصب الوجهي والضفيرة العضدية

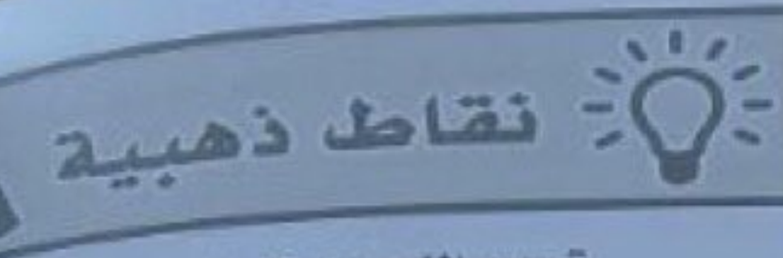
المحجم السويدي

1	استطبابات المحجم: □ انسدال السرر أو التألم الجنيني بعد بلوغ اتساع العنق 7 سم □ التعب والوهن عند الأم □ تطاول أمد الطور 2 للمخاض
2	مضادات استطباب المحجم: □ المجيئات المعيبة □ عدم التناسب الحوضي الجنيني □ اتساع وامحاء غير كافيين □ مريضة غير متعاونة □ شك باضطراب تخثر عند الجنين
3	اختلاطات المحجم الوالدية: □ التهتكات المهبلية والعنقية □ التمزقات العجانية □ النزف بعد الولادة
4	اختلاطات المحجم الجنينية: □ النزف تحت الفروة □ النزف ضمن القحف □ الورم الدموي الرأسي □ النزف بالشبكية □ اليرقان الوليدي

خزع الفرج

1	استطبابات خزع الفرج الواقي: □ توقف النزول أو تطاوله □ تطاول أمد الدور الثاني للمخاض □ تقليل وهن عضلات الحوض خلال المخاض
2	التقنية والأنماط: □ خزع الفرج الجانبي: تكون أذية المستقيم والشرج أقل، لكن إجراؤه أصعب وضياع الدم أكثر. □ خزع الفرج الناصف: تكون أذية المستقيم أكبر، إجراؤه أسهل، ضياع الدم أقل





تحدد النمو داخل الرحم IUGR

1 هو انخفاض وزن الولادة تحت الخط المئوي العاشر

2 يصنف إلى نمط متناظر ونمط غير متناظر

3 يحدث تأخر النمو المتناظر ببداية الحمل وتشهد كل الأعضاء نقصاً بالحجم

4 يحدث تأخر النمو غير المتناظر بعمر متأخر من الحمل، وأول الأعضاء تأثراً محيط البطن وآخر أجزاء الجسم تأثراً الدماغ حيث يبقى حجم الرأس طبيعي

5 أسباب تأخر النمو المتناظر:
- الشذوذات الصبغية
- التشوهات التشريحية
- الأخماج الخلقية
- سوء التغذية الشديد عند الأم
- التدخين

6 أسباب تأخر النمو غير المتناظر: (حالات القصور الرحمي المشيمي)
- السكري
- ارتفاع الضغط
- المرض القلبي المزرق عند الأم

7 التشخيص والتدبير:
- يعتبر محيط البطن هو القياس الجنيني الأفضل توافقاً مع وزن الجنين وهو ينقص بالنمط غير المتناظر
- ينقص طول الفخذ بالنمط المتناظر ويكون طبيعياً بالشكل غير المتناظر.
- عند كون الجنين قريب من تمام الحمل ← يجب التوليد فوراً
- عند كون الجنين بعيد عن تمام الحمل ← استشفاء، تدعيم النظام الغذائي للحامل، مناظرة الجنين عن كثب
- تعتبر نسبة الليستين/السفنغوميلين L/S التي تبلغ أو تزيد عن (2) أو العثور على الفسفاتيديل غليسرول في سائل السلى مؤشراً للولادة
- قد يفيد الأسبرين في الوقاية من الخثار الرحمي المشيمي

يحتمل الصاب بتأخر النمو داخل الرحم أكثر عرضة لـ:
- نقص الأكسجة
- زيادة الحمر (احمرار دم ثانوي)
- استنشاق العقي
- انخفاض الحرارة
- نقص السكر

الشذوذات الجنينية الخلقية

1	أسباب الشذوذات الجنينية: - الأخماج داخل الرحم - الأمراض الجهازية عند الأم - العوامل البيئية كتعرض الأم الحامل للسموم - الأدوية والأشعة
2	الموجودات التي ترجح وجود تشوه جنيني: - ارتفاع الألفا فيتو بروتئين AFP في مصل الأم: يشير إلى عيوب الأنبوب العصبي وعيوب جدار البطن والانسدادات الهضمية وتنادر تورنر وتناهر RH. - انخفاض AFP: يشير إلى تثلث الصبغي 21

الاختبارات التشخيصية للشذوذات الجنينية

1	المسح بالإيكو: - هو أشيع وأول إجراء على الإطلاق لتحري الشذوذات الجنينية - يوثق وضع الجنين التشريحي - يقيم حجم السلى - يقيم الحبل السري وأوعيته - يقيس القطر بين الجداريين ومحيط الرأس وطول الفخذ.
2	خزعة الزغابات المشيمائية: - تهدف للحصول على خلايا جنينية في أبكر وقت ممكن من الحمل - تجرى ضمن الثلث الأول بالأسابيع 10-14. - لا تمكّن من قياس AFP - أهم الاختلاطات موت الجنين والخمج ضمن الرحم والنزف

3	بزل السلى: □ يمثل الإجراء الباضع الأكثر استخداماً في تحري التشوهات الجنينية □ يمكّن من قياس AFP. □ يجرى عند الشك بشذوذ صبغي، عيوب الأنبوب العصبي، عيب موروث في الاستقلاب
4	بزل الحبل السري: □ تحصل على دم جنيني بإدخال إبرة ضمن الحبل السري موجهة بالإيكو □ قد يجرى لتحديد النمط النووي أو لتشخيص اضطرابات الدم وقد يجرى علاجياً (نقل دم)

الخيارات العلاجية ضمن الحمل

1	علاج قصور القلب ضمن الرحم بإعطاء الأم الديجوكسين
2	علاج فرط التنسج الكظري الخلقي بإعطاء الأم الديكساميتازون
3	علاج حالة تنافر RH بنقل الدم ضمن الرحم
4	تكون الوقاية من تشوهات الجهاز العصبي بإعطاء حمض الفوليك

موت الجنين ضمن الرحم

1	الأسباب الوالدية: □ ارتفاع الضغط والسكري □ الأمراض القلبية والرئوية المزمنة □ الذأب الحمامي الجهازي وأضداد الفوسفوليبد.
2	الأسباب المشيمية: □ نزوف أشهر الحمل الأخيرة □ عقد الحبل السري الحقيقية □ التهاب المشيماء والسلى

3	الأسباب الجنينية: □التشوهات الصبغية □الأخماج الخلقية □الحمل المديد
4	الأعراض والعلامات: □اختفاء أعراض الحمل □توقف زيادة حجم الرحم □بدء ظهور اللبا من الثدي □توقف الحركات الجنينية □نجيج مهبلي قاتم اللون □عدم القدرة على سماع دقات قلب الجنين بالفحص
5	الاستقصاءات: □التصوير الشعاعي: • الفقاعة الغازية ضمن القلب والأوعية الكبيرة (علامة روبرت) • تراكب عظام القحف • وذمة الفروة • تزوي العمود الفقري وانخماص الصدر □الإيكو: • نفس العلامات التي تظهر شعاعياً كما يلاحظ غياب الفعالية القلبية الجنينية □اختبارات الحمل: • تصبح سلبية بعد أسبوعين من موت الجنين
6	التدبير: □تحدث الولادة العفوية خلال 2-3 أسابيع في 80% من الحالات □يجب إجراء اختبارات التخثر قبل أي مداخلة
7	أخطر اختلاط: □التخثر المنتشر داخل الأوعية DIC
8	أهم سبب لموت الوليد: □الخداج

جداول مهمة



الهرمونات المشيمية		
HCG	الريلاكسين	اللاكتوجين
- السلسلة بيتا هي النوعية. - يكشف في مصل الأم وبولها. - تتضاعف كميته كل 1.4-2 يوماً حتى تصل للذروة في الأسبوع 10. - لا تُعتبر معايرة الـ β-HCG مؤكدة للحمل. - تدعم الجسم الأصفر الحملي - تنبه المشيمة لإفراز الهرمونات الستيروئيدية - تثبط الاستجابة المناعية تجاه المشيمة كعضو غريب	يفرز من الجسم الأصفر والمشيماء والغشاء الساقط - يرخي الرحم - يلين عنقه ويسهل حدوث الامحاء فيه. - وإحداث التباعد في ارتفاق العانة خلال الولادة	- يشبه هرمون النمو - ينبه الأثداء لإفراز اللبن - يعمل عمل موجهة الجسم الأصفر - يعمل كمضاد للأنسولين - منمٍّ جسدي

الأسباب التي تجعل الرحم اكبر من المتوقع	الأسباب التي تجعل الرحم أصغر من المتوقع
الخطأ في الحساب، موه السائل السلوي، الرحى العدارية، الجنين العرطل، التوائم أو الحمل المتعدد، الأورام الليفية على حساب الرحم وكيسات المبيض، التشوهات الجنينية كموه الرأس.	الخطأ في الحساب، قلة السائل السلوي، موت الجنين، الجيئات المعيبة (المجيء العرضي)، تأخر النمو ضمن الرحم أو صغر حجم الجنين، الحمل خلال فترة انقطاع الطمث كالإرضاع أو استخدام الحقن الهرمونية المانعة للحمل

أعراض وعلامات الحمل		
ظنية (توجه نحو وجود حمل)	احتمالية (ترجح وجود حمل)	مؤكدة (تؤكد وجود حمل)
انقطاع الطمث (مفاجئ (الياً) واكثر دورة منتظمة)	كبر حجم البطن (بعد الأسبوع 12).	الشعور بحركات الجنين الفاعلة بعد الأسبوع 20 بوضع اليد على البطن
الأعراض الهضمية: غثيان وقياء يبدأ بالأسبوع 6 ويختفي بعد الأسبوع 12.	تبدلات جسم الرحم: ضخامة، ليونة المضيق توحي بانفصال العنق عن الجسم (علامة هيغار)	سماع دقات قلب الجنين 120-160 ضربة بالدقيقة اعتباراً من الأسبوع 7 بالإيكو، وما بين 16-20 بالمسمع العادي
الأعراض البولية: التبول المتكرر	تقلصات براكستون هيكس، والتي تهدف لتشكل القطعة السفلية	الفحص بالصدى: يكشف الكيس الحملي في الأسبوع 4-5، الكيس المحي في الأسبوع 6، المضغة في الأسبوع 7، دقات القلب في الأسبوع 7، والرأس والصدر بالأسبوع 14، سماع أصوات قلب الجنين بعد الأسبوع العاشر بواسطة الدوبلر.
التبدلات الثديية: تضخم وحبيبات مونتغمري	الشعور بالنهز الجنيني بالشهر 4-5 (نهز داخلي: وهو موجود بين الأسبوعين 16 و28، ويمكن الإحساس به من خلال أصبعين يوضعان في الرتج الأمامي للمهبل. ونهز خارجي: يمكن الكشف عن وجوده بعد الأسبوع 24، حيث توضع اليدان على البطن على جانبي الرحم).	
الأعراض الجلدية		
شعور الحامل بحركات الجنين: الخروس في الأسبوع 18-20 والولود في الأسبوع 16-18.		
تلون مخاطية المهبل (علامة شادويك)		

مقياس السيماء الحيوية الفيزيائية		
المتغير	الدرجة (Score) (2)	الدرجة (Score) (0)
حركات التنفس الجنينية	فترة 30 ثانية من التنفس الثابت على الأقل خلال 30 دقيقة من المراقبة.	أقل من 30 ثانية من التنفس خلال 30 دقيقة من المراقبة.
الحركات الجنينية	3 أو أكثر خلال 30 دقيقة. حركات طرف وجذع في وقت واحد.	2 أو أقل خلال 30 دقيقة.
المقوية الجنينية	حركة واحدة في طرف من وضعية الثني إلى البسط والعودة السريعة لحالة الثني	الجنين بحالة نصف بسط أو بسط كامل للطرف مع عدم العودة لحالة الثني أو القيام بذلك ببطء.
الارتكاسية الجنينية	حالتا تسارع أو أكثر بـ 15 ضربة/د على الأقل تدوم لـ 15 ثانية على الأقل وتترافق مع الحركات الجنينية	عدم حدوث تسارع أو أقل من حالتي تسارع خلال [illegible] من المراقبة.
حجم السائل الأمنيوسي	جيب يقيس 1سم على الأقل في مستويين شاقوليين.	يقل قياس الجيب الأكبر عن 1سم في مستويين شاقوليين.

استطبابات بزل السائل السلوي التشخيص		
المبكر (في الأسبوع 16-18)	في الثلث الثاني وبدايات الثالث	في الثلث الثالث
تشخيص الشذوذات الصبغية، الاضطرابات الوراثية، عيوب الأنبوب العصبي المفتوحة، آفات الجهاز الهضمي السادة، العيوب الاستقلابية الخلقية، عيوب الهيكل العظمي، تحديد جنس الجنين في بعض الاضطرابات المرتبطة بالجنس، تشخيص بعض حالات انحلال خضاب الدم.	معايرة البيليروبين في حالات التمنيع الإسوي بالعامل الرئيسي Rh، ووضع خطة للتدبير	تقدير النضج الرئوي بحساب النسبة L/S أو وجود الفوسفاتيديل غليسيرول PG، تصوير جوف السلى، تشخيص الخمج ضمن الرحم بإجراء الزرع.

اقطار رأس الجنين الطولانية			
القطر	الطول	من	إلى
تحت القفوي البرغماوي	9.5سم "الأصغر"	منتصف اليافوخ البرغماوي.	أسفل العظم القفوي.
تحت قفوي جبهي	10سم	تحت القنزعة القفوية.	النهاية الأمامية لليافوخ البرغماوي.
قفوي جبهي	11.5سم.	أبرز نقطة في العظم القفوي.	جذر الأنف.
تحت ذقني برغماوي	9.5سم.	التقاء الذقن مع العنق.	منتصف اليافوخ البرغماوي.
تحت ذقني قمي	11.5سم.	التقاء الذقن مع العنق.	قمة القحف.
ذقني قفوي	12.5سم.	ذروة الذقن.	أبرز نقطة في القفوي.

المجيء	النقطة الاستكشافية
القمي (يلامس ذقن الجنين صدره) وهو الأشيع	القفا.
الوجهي (الرأس بوضعية انبساط كامل).	الذقن.
الجبهي (الرأس بوضعية متوسطة بين الانعطاف والانبساط).	جذر الأنف.
المقعدي	العجز.
الكتفي	الأخرم (لوح الكتف).

أشكال الحوض عند الأنثى				
نموذج الحوض	الأنثوي	الذكري	القردي	المسطح
نسبة الحدوث	50%.	20%.	25%	5%
المضيق العلوي	دائري.	مثلثي الشكل.	بيضوي بالاتجاه الأمامي الخلفي.	بيضوي بالاتجاه المعترض.
التقعير الحوضي	عريض وقليل العمق.	ضيق وعميق.	عريض.	عريض.
الزاوية تحت العانة	واسعة أكثر من 90°.	أقل من 70°.	أقل من 90°	أكبر من 90°
الشوكان الوركيان	غير متبارزين، متباعدان.	متبارزان، يتجهان للداخل.	متبارزان.	غير متبارزين
القطر بين الشوكين	واسع.	متناقص.	متناقص.	واسع.
جدران الحوض	متوازية.	متقاربة.	متوازية.	متباعدة.

أقطار رأس الجنين المعترضة		
القطر	الطول	الحدود
بين الجداريين	9.5سم	بين حدبتي العظمين الجداريين.
تحت الجداري فوق الجداري	9سم	فوق الحدبة الجدارية في جانب وتحتها في الجانب المقابل.
بين الصدغيين	8سم	النهايتان الأماميتان للدرزين الصدغيين.
بين الخشائين	7.5سم	ذروتا الناتئين الخشائيين.

أقطار رأس الجنين الطولانية			
القطر	الطول	من	إلى
تحت القفوي البرغماوي	9.5 سم "الأصغر"	منتصف اليافوخ البرغماوي	أسفل العظم القفوي
تحت قفوي جبهي	10 سم	تحت الحدبة القفوية	النهاية الأمامية لليافوخ البرغماوي
قفوي جبهي	11.5 سم	أبرز نقطة في العظم القفوي	جذر الأنف
تحت ذقني برغماوي	9.5 سم	التقاء الذقن مع العنق	منتصف اليافوخ البرغماوي
تحت ذقني قمي	11.5 سم	التقاء الذقن مع العنق	قمة القحف
ذقني قفوي	12.5 سم	ذروة الذقن	أبرز نقطة في القفوي

المجيء	النقطة الاستكشافية
القمي (يلامس ذقن الجنين صدره) وهو الأشيع	القفا
الوجهي (الرأس بوضعية انبساط كامل)	الذقن
الجبهي (الرأس بوضعية متوسطة بين الانعطاف والانبساط)	جذر الأنف
المقعدي	العجز
الكتفي	الأخرم (لوح الكتف)

التوارب عند الجنين	
التوارب الأمامي	**التوارب الخلفي**
توارب نيغل	توارب لانزمان
الجداري الأمامي بمستوى أخفض	الجداري الخلفي بمستوى أخفض
أشيع عند الوالدات	أشيع عند الخروسات
الدرز السهمي أقرب للطنف	الدرز السهمي أقرب الى ارتفاق العانة
افضل	أصعب
يحتاج الرأس لعبور بروز الطنف	يحتاج الرأس لتجاوز كامل ارتفاق العانة
في اتجاه محور الحوض	عكس اتجاه محور الحوض

التقلصات الرحمية	
تقلصات ألفا	**تقلصات بيتا**
غير متزامنة	متزامنة
غير منتظمة	منتظمة
منخفضة السعة	مرتفعة السعة
مرتفعة التواتر	منخفضة التواتر
موضعية	منتشرة ومتزايدة بالشدة

الالم المخاض الحقيقي	الالم المخاض الكاذب
منتظمة (يزداد كل من تواترها ومدتها وشدتها تدريجيا)	غير منتظمة
الالم ماغصة تشنجية يشعر بها في الناحية الخثلية وتنتشر إلى الظهر	غير منتظمة من حيث الموقع والصفات
فعالة تحدث اتساعاً وامحاءً في عنق الرحم وتؤدي لبارز الأغشية	غير فعالة
تزداد بالرحلنة الشرجية	تنقص بالرحلنة الشرجية
لا تتاثر بالتركين	تزول بالتركين

تباطؤات دقات قلب الجنين		
التباطؤ المبكر	التباطؤ المتأخر	التباطؤ المتغير
يبدأ التباطؤ مع بدء التقلصة الرحمية.	يبدأ التباطؤ عند ذروة التقلصة أو قربها.	لا يرتبط التباطؤ مع التقلصة الرحمية.
تتماشى أخفض نقطة له مع ذروة التقلصة.	تتماشى أخفض نقطة له مع نهاية التقلصة.	قد يرافقها أو يكون بعيداً عنها.
السبب: انضغاط رأس الجنين خلال التقلصة مما يؤدي إلى زيادة المقوية المبهمية. لا يشير إلى وجود تألم جنيني.	السبب: نقص الأكسجة الجنينية بسبب نقص الجريان الدموي المشيمي خلال التقلصة الرحمية. يشير إلى وجود تألم جنيني.	السبب: التفاف السرر حول عنق الجنين أو انضغاطه برأسه. يشير إلى وجود تألم جنين إذا كان مستمراً أو كان بطء القلب فيه شديداً.

النزف التوليدي			
أشهر الحمل الأولى	أشهر الحمل الأخيرة	بعد الولادة	عيوب التخثر
الإجهاض. الحمل الهاجر. الرحى العدارية	المشيمة المنزاحة. انفكاك المشيمة الباكر. الوعاء المشيمي المتقدم على الجنين.	المشيمة المحتبسة. عطالة الرحم. الولادة المهبلية العسيرة. القيصرية أو استئصال الرحم. تمزق الرحم، انقلاب الرحم الحاد	احتباس الجنين الميت. الانصمام بسائل السلى. الإجهاض المحرض بمحلول ملحي. نقل الدم الكتلي...

الأسباب الكبرى للإجهاض	
الثلث الأول	**الثلث الثاني**
الشذوذات الصبغية (50% من الأسباب)، زيادة عدد الولادات وعمر الأبوين، الخمج، العيوب التشريحية كعيوب قناة مولر. عوامل غدية صماوية (قصور الجسم الأصفر) ومناعية، الأمراض الجهازية عند الأم كالسكري وفرط نشاط الدرق.	العيوب التشريحية في الرحم وعنقه، موت الجنين، المشيمة الإطارية، إصابة سابقة بالإفرنجي وكثرة أرومات الحمر (نادرة)، الحمل المتعدد، موه السلى الحاد، الرض.

<table>
<tr><th colspan="4">أنماط الإجهاض العفوي ومعالجته</th></tr>
<tr><th>التهديد بالإجهاض</th><th>الإجهاض المحتم</th><th>الإجهاض الناقص</th><th>الإجهاض التام</th></tr>
<tr>
<td>التعريف: خروج نجيج مهبلي مدمى + ألم ماغص بسيط + قد يترافق مع ألم أسفل الظهر وذلك في النصف الأول من الحمل
التدبير: تطبيق الراحة + المهدئات البسيطة مع المراقبة.
توسيع وتجريف (بالأسابيع الـ 14 الأولى) عند استمرار النزف والألم > [illegible] عمر الحمل أكبر ← أوكسيتوسين وبروستاغلاندين.
التشخيص: بسيط بالإيكو بالكشف عن الحركات الجنينية أو صوتيات القلب.</td>
<td>التعريف: الألم الماغص الرحمي + النزف + عنق مفتوح (إجهاض وشيك).
ويعتبر محتماً عند ملاحظة 2 أو أكثر مما يلي:
امحاء متوسط الدرجة في العنق
اتساع يزيد عن 3 سم.
تمزق الأغشية
استمرار الألم رغم المسكنات التقليدية.
النزف > 7 أيام</td>
<td>التعريف: استمرار النزف والألم بعد خروج جزء من محصول الحمل (بقايا محتبسة ضمن الرحم) + عنق الرحم متسع + الرحم متضخمة وسميكة.</td>
<td rowspan="2">التعريف: توقف الألم + انتهاء النزف الغزير (خروج كامل محصول الحمل).
التدبير: مراقبة المريضة لكشف حدوث أي نزف جديد + فحص محصول الحمل للتأكد من كونه كاملاً.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td colspan="2">التدبير: إجراء الزمرة والتصالب ونقل دم (خضاب < 10) + تسريب غلوكوز 5% + رينغر لاكتات + 10 وحدات أوكسيتوسين.
يمكن إعطاء الإرغوت عند فشل الأوكسيتوسين.
التوسيع والتجريف عند استمرار النزف.</td>
</tr>
</table>

أنماط الرحى العدارية		
وجه المقارنة	الرحى العدارية الكاملة	الرحى العدارية الجزئية
الصيغة الصبغية	46XX	69XXX 69XXY
التشريح المرضي	- عيانياً: الرحم متمددة بعدد كبير من الحويصلات (1مم-2سم) - الزيادة المفرطة في HCG تحوّل الجسم الأصفر إلى كيسات مبيضية لوتيئينية ثنائية الجانب بارزة (>6 سم قطر) عند نصف المريضات. - مجهرياً: لا توجد أنسجة جنينية أو مضغية - الزغابات المشيمائية خالية من الأوعية - منشأ الصبغيات برمتها من الأب (تخصّب النطفة (23X) البيضة ذات النواة الغائبة أو المثبطة ثم تضاعف صبغياتها الخاصة).	- مجهرياً: يمكن التعرف على أنسجة جنينية أو مضغية. - الزغابات المشيمائية خالية من الأوعية - المجموعة الصبغية الفردانية الإضافية تأتي من الأب عادةً. - لا يكون نقائلياً عادةً.
الأعراض والعلامات	- الأعراض: نزف مهبلي (97%)، حجم مفرط للرحم، ما قبل الإرجاج باكر، إقياءات حملية مفرطة، فرط نشاط الدرق، الانصمام بالأرومة الغاذية (ضائقة تنفسية). - العلامات: الرحم متضخمة عجينية القوام، غياب الإحساس بأجزاء جنينية وغياب أصوات قلب الجنين، رؤية حويصلات عن طريق المهبل (علامة مؤكدة). - يحدث إجهاض عفوي غالباً.	- تعطي أعراض وعلامات الإجهاض الناقص.

تحدد النمو داخل الرحم IUGR		
وجه المقارنة	تأخر النمو المتناظر	تأخر النمو غير المتناظر
الأعضاء المصابة	نقص الحجم يصيب كل أعضاء الجسم بشكل متناسب	أول الأعضاء تأثراً محيط البطن، وآخرها حجم الرأس
البداية	يبدأ بوقت أبكر من غير المتناظر.	بدايته متأخرة
الأسباب	الشذوذات الصبغية، التشوهات التشريحية، الخمج الخلقي، سوء التغذية الوخيم	القصور المشيمي الناجم عن اختلاطات تضعف التروية الرحمية (ارتفاع الضغط، السكري المتقدم).



